

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Mental e Psiquiatria

**Promover a Saúde Mental em crianças no 1º ano do
1º ciclo: Um contributo da Enfermagem de Saúde
Mental e psiquiatria**

Paulo Manuel dos Santos Estragadinho

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Mental e Psiquiatria

**Promover a Saúde Mental em crianças no 1º ano do
1º ciclo: Um contributo da Enfermagem de Saúde
Mental e psiquiatria**

Paulo Manuel dos Santos Estragadinho

Luísa Maria Correia de Azevedo d'Espiney

2014



AGRADECIMENTOS

Quero agradecer:

A todas as pessoas que directamente ou indirectamente me motivaram para continuar o meu percurso académico, mesmo nos momentos mais difíceis.

À Professora Luísa d'Espiney por toda a ajuda e disponibilidade demonstrada na sua orientação.

Ao Enf^o Graciano; Enf^a Dulce Casaleiro e Enf^a Cláudia, orientador e orientadoras dos locais de estágio, respectivamente, a sua disponibilidade demonstrada e partilha de experiências. Foi bom ter-vos acompanhado no cuidar das crianças, jovens e famílias.

Gostaria de agradecer também aos (às) meus (minhas) colegas de Enfermagem pelo apoio nesta caminhada.

À Enf^a Teresa Antunes, chefe do Centro de Saúde de Benfica, a preciosa ajuda permitindo-me conciliar projectos e afectos.

Aos (Às) colegas de curso, pela partilha de experiências e amizade.

“O brincar permite à criança explorar a imaginação
sem sentir limitações na sua capacidade de criar...”

(Declaração dos direitos da criança – ONU 1959)

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

Art.º - Artigo

Dr. – Doutor

Enfº - Enfermeiro

nº – número

Pag. – Página

SIGLAS

ARS – Administração Regional de Saúde

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AJ – Atendimento Jovem

DGS – Direcção Geral de Saúde

HDE – Hospital Dona Estefânia

ONU – Organização das Nações Unidas

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – organização Mundial de Saúde

SMP – Saúde Mental e Psiquiátrica

WHO – World Health Organization

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

O desenvolvimento de uma promoção efetiva da saúde é uma temática tida como prioritária, para a melhoria da saúde das populações em vários países, há vários anos.

O conceito de saúde, envolve várias variáveis tanto físicas como mentais, não sendo possível dissociar a saúde física da saúde mental.

No presente percurso de aprendizagem pretendeu-se explorar o tema da promoção da saúde mental, no internamento, na comunidade e na escola tendo presente que esta abordagem deve ser iniciada o mais precocemente possível.

A promoção da saúde mental não procura resultados imediatos e isolados, mas sim resultados duradouros e continuados no tempo. Este contributo da Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, pretendeu promover a saúde mental em crianças do 1º ano do 1º ciclo, através do treino de competências pessoais e sociais, fazendo-se uma análise do bem-estar das crianças no final de cada acção.

O treino de competências em crianças permiti-lhes desenvolver capacidades de escutar e respeitar a opinião dos outros, tendo como resultado a redução de dificuldades de interagir e/ou de comunicar. Este contributo insere-se no âmbito do desenvolvimento de competências, também, como enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria onde foram reunidas um conjunto de características que envolvem, as funções desempenhadas e a formação adquirida, que permitiu contribuir para ajudar as crianças na adopção de comportamentos de estilos de vida saudáveis e de plena integração na sociedade.

Este percurso formativo permitiu, também, perceber a importância da promoção da saúde e em particular da saúde mental.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, saúde mental e promoção da saúde mental

ABSTRACT

The development of an effective promotion of health is a topic considered as a priority for improving the health of populations in many countries for several years.

The concept of health, involves several variables both physical and mental, it is not possible to separate the physical health of mental health.

In this learning process was intended to explore the theme of mental health promotion in the hospital, in the community and at school bearing in mind that this approach should be initiated as early as possible.

The promotion of mental health does not demand immediate results and isolated, but a sustained and continuous in time. This contribution of nursing, intended to promote mental health in children of 1st year 1st cycle, through the training of personal and social skills, making an analysis of the welfare of the children at the end of each action.

The skill training in children has allowed them to develop skills to listen and respect the views of others, resulting in the reduction of difficulties to interact and / or communicate. This contribution falls within the competence development, too, as a nurse specialist in mental health and psychiatry which were assembled a set of features that involve the duties performed and training received, which allowed contributing to help children in the adoption of behaviours of healthy lifestyles and full integration into society.

This training path allowed to also realizing the importance of health promotion and mental health in particular.

KEYWORDS

Nurse Specialist, Mental health and mental health promotion

ÍNDICE

	Pag.
0 - INTRODUÇÃO	09
1 - PROMOVER A SAÚDE MENTAL – UM RECURSO PARA O FUTURO	16
1. 1 - Desenvolvimento de competências Pessoais e sociais na criança	18
1. 2 - A construção das relações interpessoais - Hildegard Peplau	22
2 - O PERCURSO FORMATIVO	28
2. 1 - Pedopsiquiatria do H.D.E.	29
2. 2 - UCC de Loures	36
2. 3 - Saúde escolar do centro de saúde de benfica	42
3 - ASPECTOS ÉTICOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL	48
4 - CONCLUSÃO	49
5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
 ANEXOS	 55
ANEXO I (Relaxamento de Jacobson)	
ANEXO II (Estudo de Caso)	
ANEXO III (Relaxamento por Imaginação Guiada)	
ANEXO IV (Caixa das Emoções)	
ANEXO V (Balões da Amizade)	
ANEXO VI (Pedido de Autorização ao Director Executivo do Agrupamento de escolas Quinta de Marrocos)	
ANEXO VII (Pedido de consentimento de participação)	

0 – INTRODUÇÃO

O ser Humano é, de todas as espécies, aquele que durante mais tempo depende dos cuidados dos seus progenitores. Todavia, e à medida que cresce, é responsabilidade dos adultos, promover a sua autonomia para que a criança se torne um adulto responsável, autónomo, saudável, livre e solidário com vista à sua plena inserção na sociedade.

A família tem sofrido profundas modificações ao longo dos séculos, principalmente nas últimas décadas, modificando-se também, a forma como é vista a criança e a infância.

Surge, assim, a escola como parceiro da família na educação da criança, considerando-se que a criança desempenha um papel activo na construção do seu desenvolvimento e aprendizagem. Mas, a saúde tem sobre a capacidade de aprender um poderoso impacto e a escola constitui um meio particularmente privilegiado de educação e promoção da saúde ao desenvolver conhecimentos e competências que favorecem as escolhas saudáveis das crianças, assim como a possibilidade de estas poderem adquirir hábitos e práticas de saúde, por vezes, inexistentes no seu meio familiar e social de origem.

O objectivo da escola é o de preparar academicamente a criança de acordo com o seu grau de ensino, mas a escola tem por fim último o de preparar a criança para o sucesso, não só na escola, mas também na vida. E este sucesso na vida passa pela aquisição de conhecimentos e competências relacionadas com a procura do que é para si vital: bem-estar físico, emocional, social e mental.

Ao longo do meu percurso profissional e académico, como enfermeiro, o confronto com os problemas das relações entre saúde e doença, entre promoção da saúde e prevenção da doença, da reorientação dos serviços de saúde, do papel dos profissionais de saúde na formação das crianças e jovens e da participação das famílias e das populações, nessa formação, levaram-me a reflectir sobre os métodos utilizados nos cuidados de saúde primários, que continuam, ainda hoje, centrados no modelo biomédico, no paradigma curativo, não utilizando a promoção da saúde como recurso para o futuro, onde os indivíduos, grupos e ou comunidades, são capacitados para se responsabilizarem pela sua saúde.

Um dos primeiros exemplos, do paradigma da saúde, com ganhos evidentes na saúde é o de Edward Jenner, que em 1879, se interrogou porque é que as leiteiras inglesas, não adoeciam com a varíola, ou se o faziam o quadro mórbido era extraordinariamente atenuado. A sua investigação levou á descoberta do vírus da varíola bovina e ao desenvolvimento da primeira vacina. O uso generalizado dessa vacina deu origem á erradicação da doença. Questionar porque é que aquelas pessoas eram saudáveis e não porque é que adoeciam levou a uma verdadeira revolução na Saúde Pública.

A promoção da saúde encontra, assim, no paradigma salutogénico os fundamentos para o desenvolvimento da prática profissional. Este paradigma emerge da publicação científica de diferentes áreas do saber (e.g. sociologia, psicologia, enfermagem, medicina), tendo como grande impulsionador Aaron Antonovsky. Este autor cria um novo modelo, o modelo salutogénico, que se caracteriza por considerar que a vida é um contínuo de momentos de bem-estar e de momentos de mal-estar, que conduz invariavelmente à morte, não se pode estar sempre “bem” ou sempre “mal” e cada pessoa ou cada grupo aceita, quando está “mal”, a necessidade de passar a um estado de bem-estar, quanto maior for o “sentido de coerência” dessa pessoa, grupo ou comunidade. Para Antonovsky (1987), o “sentido de coerência” desenvolve-se durante as primeiras três décadas de vida. Na primeira infância (0-3 Anos), a sua construção faz-se pela interacção da criança nos seus relacionamentos mais íntimos, principalmente com a família. Mais tarde, ao longo da infância e adolescência, as experiências resultantes da interacção com outras pessoas e instituições, como por exemplo a escola, potenciam ou enfraquecem-no. A Escola pode constituir-se como um espaço seguro, facilitador da adopção de comportamentos mais saudáveis encontrando-se, por isso, numa posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente. Quanto maior for o sentido de coerência das pessoas, mais aptas se encontram para resistir aos factores adversos e para intervir no sentido de os modificar, através do exercício da participação (Navarro, 1999).

Nesta linha de pensamento, para a construção de uma sociedade mais saudável é imprescindível que todas as crianças tenham uma infância saudável. Sabemos hoje, que todos os eventos vividos na infância vão influenciar, directamente ou indirectamente, a saúde na adolescência e na vida adulta, pelo que o desenvolvimento da criança é considerado como um poderoso determinante da

saúde, devendo os primeiros tempos de vida constituir o principal período de investimento, com vista à melhoria dos resultados ao longo da vida.

Na saúde, os enfermeiros desempenham um papel fundamental no desenvolvimento das políticas de saúde, nomeadamente através da promoção da saúde nas várias dimensões da sua intervenção: prestação e gestão de cuidados de qualidade, organização de Serviços, intervenção comunitária, entre outras. As suas práticas desenvolvem-se nos vários contextos do desenvolvimento e socialização da criança, serviços e instituições orientados para o atendimento da infância, mas fundamentalmente, no contexto básico desse desenvolvimento – a família. A natureza das suas intervenções facilita a colaboração intersectorial, fundamental para a promoção da saúde nas crianças.

Dentro dos cuidados de saúde primários a Enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, sendo esta uma das competências principais do enfermeiro especialista em SMP, emanada pela Ordem dos Enfermeiros.

Desta forma, como candidato a enfermeiro especialista e mestre em enfermagem de SMP, ambiciono desenvolver competências comuns atribuídas ao enfermeiro especialista e específicas em SMP, que permitam tornar-me perito na área da promoção da saúde mental.

As competências adquirem-se não só pela exploração de conceitos teóricos, mas também, pela articulação desses conceitos com o desenvolvimento de capacidades práticas de intervenção.

Para adquirir competências de Enfermeiro especialista em Saúde mental e psiquiatria desenhei um percurso de aprendizagem, tendo como princípio a promoção da saúde mental o mais precoce possível.

Para satisfazer esta premissa foram definidos três campos de estágio a Pedopsiquiatria do HDE; UCC de Loures e Saúde Escolar do Centro de Saúde de Benfica. Estes campos de estágio foram, definidos com a orientadora, tendo em conta a temática que queria trabalhar – “A promoção da Saúde Mental” e as imposições académicas onde teria que fazer um estágio num serviço de internamento (Pedopsiquiatria).

Com este Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pretendo desenvolver competências em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

De acordo com as competências definidas pela ordem dos enfermeiros (2010), os objectivos que procurámos alcançar e que orientaram o desenvolvimento deste projecto foram os seguintes:

- Compreender o papel do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, em relação à doença mental na criança, nos diversos contextos de actuação.
- Promover a saúde mental, a crianças Jovens / adolescentes.

OBJECTIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar as situações de doença mental, em crianças e jovens mais frequentes no contexto de um serviço de internamento de pedopsiquiatria.
- Compreender a dinâmica funcional dos diferentes serviços (campos de estágio) a metodologia de trabalho e como promovem a saúde mental em crianças.
- Conhecer quais os métodos para promover a saúde mental, utilizados pelos enfermeiros; professores e família.
- Desenvolver intervenções no âmbito da promoção da saúde mental através do desenvolvimento de competências pessoais e sociais em crianças de 5/6 anos (1º ano 1º ciclo)

A construção de uma identidade profissional é um processo dinâmico, que permite o desenvolvimento permanente de competências que definem o que é “ser enfermeiro”. Neste processo, a formação, tanto inicial como contínua desempenha um papel fundamental, já que a intervenção do enfermeiro se fundamenta de acordo com um suporte teórico. A formação, no seu contexto actual, não é um momento isolado na vida das pessoas. Faz parte do seu passado e do seu presente, tendo em atenção o seu futuro e o seu projecto pessoal, que lhe confere sentido a ênfase tem de ser posta na aquisição e desenvolvimento de novas competências, no desenvolvimento global da pessoa, para além da aquisição de determinados saberes específicos (Garrido *et al*, 2008).

Neste processo, aliam-se à formação, os valores pessoais, as motivações e crenças do enfermeiro, tornando os seus cuidados únicos e especiais, desenvolvendo um modo próprio de intervenção, o que vai de acordo com Hesbeen (2000), para ir ao encontro de um cliente, para agir em conformidade com a sua situação e procurar identificar o mais finamente possível as componentes associadas, as enfermeiras e os enfermeiros devem possuir um vasto campo de conhecimentos, ou os ingredientes, que lhes vão permitir praticar a sua arte. O vasto campo de conhecimentos inclui tantos elementos tirados da sua observação como dados científicos, teorias diversas ou modelos, bem como ensinamentos tirados das suas experiências pessoais anteriores, como profissionais.

Assim, a forma de intervenção não é resultado de um único modelo, mas sim, da conjugação de vários modelos, o que define capacidade profissional que segundo Hesbeen (2000) assenta “na capacidade de estabelecer relações com um grande número de elementos e de agir de maneira esclarecida, subtil e adaptada a cada situação de vida encontrada”.

A formação dos enfermeiros ao longo da vida é pertinente, no sentido do desenvolvimento de cuidados especializados, justificados pela emergência de novas necessidades, pela complexificação dos contextos, pela evolução tecnológica, pelos avanços decorrentes da evidência e pela qualidade requerida nos cuidados de saúde.

De acordo com Mendes (2002), o contacto com pessoas em sofrimento mental, as necessidades das suas famílias e o contexto social em que estas se inserem, assim como a necessidade de dar resposta às estratégias nacionais de promoção de saúde e prevenção da doença mental, impõem desafios de formação e de intervenção particularmente relevantes para os enfermeiros que trabalham nesta área.

Neste contexto, a formação contínua, nomeadamente a formação especializada em enfermagem permite o desenvolvimento de conhecimentos e competências fundamentais à prestação de cuidados de qualidade.

A especialização em enfermagem permite, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, a prestação de “cuidados que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades actuando, especificamente, junto do utente, indivíduo, família ou grupos em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui” (Ordem dos Enfermeiros, 1998). A Ordem dos

Enfermeiros refere no documento “Desenvolvimento Profissional – Individualização das Especialidades em Enfermagem: Fundamentos e Proposta de Sistema” que “o enfermeiro especialista é o profissional de Enfermagem que assume um entendimento sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente”. (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p.14).

Referindo ainda que na área específica da saúde mental e psiquiátrica, os enfermeiros especialistas devem apresentar competências “dirigidas aos projectos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença mental com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida”. (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p.19).

Assim, o enfermeiro especialista deverá ser capaz de estabelecer prioridades em situações de urgência e também definir e utilizar indicadores que lhe permitam, como à equipa de enfermagem, avaliar, de uma forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do utente (indivíduo, família, grupos e comunidade) e introduzir as medidas correctivas julgadas necessárias. Cabe-lhe participar na determinação da relação custos/benefícios, dos cuidados prestados, terá também que contribuir em conjunto com outros elementos da equipa multidisciplinar, na definição de necessidades de saúde para a comunidade no âmbito da sua especialidade.

O enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (SMP), tem uma responsabilidade acrescida na promoção da saúde mental, a crianças e jovens/Adolescentes e família, uma vez que assume, não só um entendimento profundo sobre as respostas humanas e da pessoa aos processos de transição e problemas de saúde, como também uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades individuais do cliente (OE, 2007).

Nos níveis de competência, de Patrícia Benner (2001), o enfermeiro especialista, considerado como perito, deve possuir um conhecimento perceptivo, fundamentado e aprofundado de uma determinada situação concreta, que lhe permita uma prestação de cuidados individualizada, numa perspectiva holística. No entanto, é importante que se perceba que nem todo o conhecimento que os enfermeiros precisam de desenvolver na profissão, é obtido dentro das salas de aula. Pretendo,

assim, que o ensino da ciência de Enfermagem se torne adequado, isto é situado na prática real dos cuidados.

A perícia em matéria de tomadas de decisão humanas complexas, como é o caso dos cuidados de enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas. Além disso, os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática e do desenvolvimento da ciência da enfermagem.

A mesma autora afirma que as competências de envolvimento com os clientes e respectivas famílias são centrais quando se ganha perícia profissional. Para o desenvolvimento destas competências é necessário que se desenvolva um conjunto de experiências que garanta uma ligação estreita entre as decisões clínicas (técnicas e científicas) e as decisões éticas.

Com base nos níveis de competência, de Patrícia Benner, um perito deve possuir um conhecimento não só perceptivo, mas fundamentado e aprofundado pelo conhecimento da situação concreta e contextualizada (Benner, 2005), que lhe permita prestar cuidados individualizados e numa perspectiva holística.

1 – PROMOVER A SAÚDE MENTAL – UM RECURSO PARA O FUTURO

Após a Segunda Guerra Mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs uma definição de saúde que incorpora uma visão global do indivíduo: «*um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não apenas a ausência de doença*». A saúde passou a ser considerada «um dos direitos fundamentais de todo o ser humano sem distinção de raça, religião, opiniões políticas e condição económica e social» (OMS, 1948).

Mais tarde na chamada primeira Revolução da Saúde – a intervenção na saúde, passou a estar focalizada, antes do desenvolvimento ou agravamento da perturbação física ou psíquica, surgindo uma abordagem mais centrada no aspecto preventivo, o conceito de *Prevenção* é definido como o conjunto de medidas que visam evitar ou reduzir o número e a gravidade das doenças e/ou dos acidentes ambientais. O aparecimento da preocupação com a promoção da saúde caracteriza o movimento comumente chamado de Segunda Revolução da Saúde (Richmond, 1979). A OMS propôs a distinção, hoje clássica, entre Prevenção Primária (diminui a incidência de uma doença na população), Secundária (pretende diminuir a sua prevalência) e Terciária (centra-se na diminuição das incapacidades crónicas e das recidivas).

A *Promoção da Saúde* é o processo que permite a cada indivíduo e à comunidade controlar os factores de risco para a saúde e estimular os factores protectores. A promoção da saúde implica um estreito relacionamento entre os indivíduos e o ambiente e a participação e responsabilização dos indivíduos e da comunidade na definição dos problemas de saúde e na tomada de decisões com vista a melhorar a qualidade de vida e permitir estilos de vida saudáveis (Cordeiro et al., 1991).

A preocupação dos serviços de saúde deve deixar de estar centrada só no tratamento da doença, passando igualmente a organizar a prevenção e promoção da saúde com a detecção e a intervenção *precoces* em situações de risco. Esta mudança na abordagem da problemática da saúde que se manifestou nos países desenvolvidos na década de 70 parece perfeitamente actual em Portugal. Aqui, tal como nos restantes países da Europa, começa-se a reconhecer a importância de desenvolver novas formas de lidar com o binómio saúde - doença, salientando-se a

necessidade de aplicar mecanismos de promoção e protecção da saúde, não se limitando à inevitabilidade do tratamento das doenças do modelo biomédico.

Juntamente com a emergência da preocupação com os aspectos preventivos e promotores da saúde, o indivíduo passa a ser, também, visto como um ser biológico, psicológico e social, acentuando-se igualmente as preocupações do ponto de vista da saúde mental.

Alguns estudos, desenvolvidos sobre os factores protectores e de risco num grande número de perturbações psiquiátricas, apontam para a importância dos factores constitucionais por um lado e, por outro, para os que se relacionam com as condições em que se processa o desenvolvimento infantil, pelo que se torna importante prevenir ou promover a saúde mental, intervindo precocemente. O facto de haver dificuldades em identificar o grau de risco biológico ou ambiental, através do isolamento de apenas um factor de risco nas crianças, levou os investigadores a tentar compreender a razão pela qual, umas crianças têm uma melhor evolução do que outras relativamente ao mesmo tipo de risco. Esta questão contribuiu tanto para a discussão como para a investigação dos factores de *resiliência* e do papel que os factores protectores podem ter para anular o efeito dos factores de risco. Os factores protectores dependem das características da criança, da sua capacidade de lidar com o «stress», da sua inteligência e auto-estima, da qualidade das relações que existem na vida da criança, bem como do modo como os adultos são ou não capazes, de eles próprios lidar com os factores adversos (Rutter, 1981).

Problemas de saúde mental na infância podem prejudicar o desenvolvimento da criança e estão associados ao risco de problemas psicossociais na vida adulta.

Estudos epidemiológicos têm mostrado taxas variáveis de prevalência de problemas psiquiátricos em crianças e adolescentes. No entanto, segundo o Relatório Mundial da Saúde 2001, estima-se que 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental.

A identificação de problemas de saúde mental, em crianças, como vimos deve ocorrer o mais precocemente e dentro dos cuidados de saúde primários (Saúde Escolar). Identificar os problemas de saúde mental deve acontecer na comunidade, assim como relacionar as condições associadas a esses problemas, constitui também, uma etapa fundamental no planeamento de acções voltadas para a promoção da saúde mental da população, principalmente em crianças.

1.1 – Desenvolvimento de competências pessoais e sociais na Criança

A entrada no ambiente escolar, como um contexto formal, tem-se revelado indispensável para proporcionar às crianças vivências alargadas, relevantes e adequadas que contribuem para a preparação para a vida, onde algumas experiências, já tiveram através da família e dos meios de comunicação. Neste sentido, é fundamental que as actividades na escola, contribuam para a consolidação de competências indispensáveis à vida pessoal e social, quer pela sua eficácia, como por exemplo, competências orientadas para a resolução de problemas ou para a tomada de decisões fundamentadas, quer pelo enriquecimento pessoal, como, a capacidade / competência de compreender as interacções entre pares e potenciar uma maior autonomia no dia-a-dia destas para prevenir futuras situações de inadaptação pessoal e/ou social.

De acordo com algumas perspectivas, evidenciadas ao longo dos últimos anos, é na transição para escola que a criança começa a moldar as competências e habilidades sociais, inserindo-se ou não, em grupos de pares, desenvolvendo todo um conjunto de comportamentos que a levarão a níveis de desenvolvimento superiores. É nesse espaço, feito de comunicações interpessoais que se vivenciam as primeiras transições, os primeiros conflitos e os primeiros confrontos com uma realidade não tão protegida quanto a familiar.

Alguns teóricos, têm justificado que as aquisições não são "etariamente marcadas", mas sim o resultado da "vivência de experiências significativas", bem como da "devida assimilação/acomodação" de conteúdos anteriores (Vigotsky, 1984).

Segundo este autor ainda, as actividades escolares devem ser organizadas de modo a trabalhar de forma privilegiada com as crianças, a sua zona de desenvolvimento próximo, ou seja, o espaço "abstracto" entre aquilo que a criança já sabe (nível de desenvolvimento real) e aquilo que a criança ainda não sabe, mas que tem condições para aprender (nível de desenvolvimento potencial).

Na interacção com o outro, o confronto com problemas e/ou situações que ainda não é capaz de resolver sozinho, torna-se factor de conflito sócio-cognitivo, traduzindo-se, em experiência de aprendizagem, e estímulo ao seu desenvolvimento. A problematização de situações vivenciadas, em contexto de interacção, leva a criança a desenvolver novas competências que lhe permitem evoluir para níveis de desenvolvimento mais complexos.

Esta vivência precoce das aprendizagens, de forma sequencial, contínua e co-construída constitui a base para a aquisição de competências de longa duração potencialmente interventivas, tornando-se estas, ferramentas necessárias a esse desenvolvimento permanente.

Para Gonçalves (2000) uma competência pessoal é um conjunto integrado e estruturado de saberes a que o indivíduo terá de recorrer e mobilizar para a resolução competente de várias tarefas, com que é confrontado ao longo da sua vida, assumindo uma consciência crítica das suas potencialidades e recursos, bem como dos constrangimentos psicossociais em que se contextualiza, por forma a concretizar projectos viáveis nas várias dimensões da sua existência.

Caballo (1987) define a competência social como sendo um conjunto de comportamentos do indivíduo, num espaço interpessoal, onde se revelam sentimentos, desejos, opiniões, de acordo com determinada situação, respeitando os outros, e demonstrando capacidade de resolução de problemas imediatos, de forma a minimizar a ocorrência de problemas futuros. De acordo com Hops e Greenwood (1988), a falta de competência social conduz a dificuldades de relacionamento interpessoal sendo originada por uma deficiência ou falha no repertório comportamental do indivíduo. Também Spence (1982), referiu que o défice de competências sociais provoca dificuldades em situações de interacção social tais como: criar amizades, aceitar críticas, saber lidar com situações de provocação, solicitar ajuda, demonstrar resistência à pressão dos pares, entre outras. Algumas investigações indicam que as crianças que não conseguem atingir as competências sociais mínimas correm o risco de desenvolver, mais tarde, desadaptações ao nível do seu ciclo de vida (Katz et al., 1996). De acordo com um estudo de Sloutsky (1997), o acolhimento institucional pode ter um impacto nefasto no desenvolvimento cognitivo das crianças, afectando de forma negativa as suas aquisições cognitivas e o seu processo de desenvolvimento. O referido autor analisou, ainda, a variável conformismo, tendo verificado que as crianças com valores mais elevados de conformismo são vulneráveis face a situações de pressão por parte dos adultos, alterando facilmente a sua opinião quando pressionadas pelo outro. Com vista a minorar os efeitos da vulnerabilidade (devido a razões genéticas ou biológicas, ou por motivos da sua história pessoal e social), deverá ser

promovido, o mais precocemente possível, nas crianças e jovens competências pessoais e sociais.

Para Matos (2005, p. 22), a promoção de competências pessoais e sociais consiste em *“ensinar a observar, ensinar componentes críticas (compreender as situações, prever o que se tem de fazer e como fazer), trabalhar uma melhor realização com um mínimo de erro e de esforço”*.

Segundo um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), a existência de figuras de referência na vida da criança, a quem esta recorre sempre que tem problemas, promove o seu desenvolvimento pessoal e social. Também será importante o sentimento de pertença a um grupo, uma vez que este permite a construção da identidade própria e grupal, a partilha de experiências e sentimentos sem o controlo dos adultos (Peixoto, Martins, Pereira et al, 2001). Deste modo, os estudos indicam que o risco de desajustamento poderá ser atenuado mediante a promoção de competências gerais e específicas que permitam o alargamento do seu repertório de comportamentos sociais, permitindo-lhes identificar situações e problemas, encontrar e implementar soluções, avaliar resultados e a manter ou alterar estratégias (Matos, 1997 a; Matos & Simões, 1999; Matos et al, 2000; Matos, 2001; Matos, 2002; Matos & Simões, 2003; Matos et al, 2003).

Um programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais *“Zippy’s Friends”* (Mishara e Ystgaard, 2006) foi largamente aplicado e avaliado em escolas de onze países, destinando-se a crianças dos 5 aos 7 anos de idade. O programa baseia-se em seis histórias sobre um “insecto-pau” (denominado desta forma pela sua semelhança aos galhos das árvores) e as crianças suas amigas. As histórias são ilustradas e abordam temáticas familiares às crianças, tais como a amizade, a comunicação, a solidão e rejeição, a resolução de conflitos, lidar com a mudança ou perda e começar de novo. Em cada sessão são propostas actividades utilizando o desenho, debate e *“role-playing”* com vista a desenvolver nestas crianças a capacidade de compreensão dos seus sentimentos e do seu comportamento. Deste modo, pretende-se que as crianças aprendam a pensar sobre si mesmas, a encontrar soluções para os próprios problemas e a respeitar os outros.

No entanto, uma intervenção baseada apenas nas crianças pode revelar-se ineficaz, pois é também o meio social e relacional que pode influencia-los de forma negativa. No que se refere à intervenção ao nível das escolas, esta não pode incidir exclusivamente nas crianças, mas deverá incluir os professores e a família, nunca

esquecendo a importância das relações interpessoais, do trabalho em grupo, e ainda da vivência pessoal como meio de compreensão e facilitador na intervenção (Ferra, 1992).

Segundo a teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson (1976, citado em Matos, 1997), em cada etapa do desenvolvimento ocorrem pressões do ambiente social que vão ser geradoras de conflito ou crise. Naquela que o autor enumera como a 4ª fase, dos 6 aos 12 anos de idade, verifica-se a entrada na escola e, conseqüentemente, uma importância crescente de ambientes físicos e sociais externos à casa/família e dentro do grupo de pares. Este é um período de aprendizagem e de teste da competência pessoal e social. Nesta etapa, a criança tem maior facilidade em entender as regras e aceitar pontos de vista diferentes dos seus, o que possibilita a prática de jogos de regras, actividades desportivas, ou seja, passa-se de um contexto de brincadeiras entre pares para outro mais formal. Outros hábitos menos saudáveis podem caracterizar esta fase, tais como o sedentarismo (e.g. ver televisão) e desequilíbrios alimentares (e.g. obesidade). No entanto, a crescente autonomia e capacidade de iniciativa aumentam o contacto com o risco (de acidentes; abusos físicos, hábitos ou estilos de vida pouco saudáveis, entre outros).

A transição da criança do ensino pré-escolar para o primeiro ano do primeiro ciclo, é geradora, para a criança e respectiva família, de grandes transformações que envolve responsabilidades, expectativas e oportunidades, nomeadamente em relação ao sucesso ou insucesso escolar, o que representa um grande desafio especialmente para a criança (Blacher & McIntyre, 2006). Nesta nova realidade, a criança tem de se adaptar a novas regras, a uma nova figura de autoridade (Professor (a)) e novos grupos de pares (National Institute of Child Health and Human Development [NICHD], 2008). Nesta nova realidade a criança vai experimentar sentimentos e/ou estados emocionais motivados por pressões, por comparar e avaliar as suas habilidades e as suas conquistas, tendo por base o seu grupo de pares (Ladd, Buhs & Troop, 2002). A adaptação da criança é facilitada pela aquisição de um maior número de comportamentos de autoconfiança e de autonomia, comparando com o ensino pré-escolar, sendo importante o apoio dos pais nesta transição (NICHD, 2008).

Para além das medidas de prontidão cognitiva para a escolaridade, segundo Pikunas (1979), existem alguns indicadores comportamentais preparatórios da criança para ingressar na vida escolar que podem indiciar um nível de desenvolvimento e maturação suficientes para esta transição. Podemos destacar os seguintes indicadores: O bom relacionamento sócio-afectivo com as outras crianças, que se manifesta no desejo de regressar ao jardim-de-infância e a aquisição e/ou aperfeiçoamento de atitudes/comportamentos, designadamente ir à casa de banho sozinha; vestir-se e calçar-se sem ajuda; reconhecer o que lhe pertence, como a roupa, material escolar, brinquedos e o calçado.

Neste contexto, Rodrigues (2005) refere que uma grande diversidade de domínios comportamentais e emocionais influenciam o rendimento escolar, e não apenas as capacidades intelectuais, apesar destas, normalmente, serem as mais valorizadas pela sociedade.

Speakman, Herman e Vogel (1993) salientam, em consonância com Pikunas, que o desenvolvimento emocional desadequado, com má tolerância à frustração e dificuldades sociais no relacionamento com os pares, influenciam negativamente o ajustamento e vivência escolar. De acordo com estes autores, a criança está preparada para entrar na escola, ter êxito e ter um bom ajustamento, se apresentar um bom desenvolvimento em todas as áreas, não apenas a nível cognitivo, como também moral, social, emocional e de autonomia.

1.2 – A construção das relações Interpessoais – Hildegard Peplau

Segundo Peplau, o cuidar em Enfermagem é um processo interpessoal terapêutico, que envolve a interacção entre pelo menos dois indivíduos, com objectivos comuns, em que o Enfermeiro e o indivíduo se respeitam mutuamente, aprendem e crescem. Peplau fundamentou-se nas ciências do comportamento, assim como nos trabalhos de Sigmund Freud, Erich Fromm, Abraham Maslow, Harry Sullivan e Neal Miller. No seu modelo integrou as teorias psicanalíticas, a aprendizagem social, a motivação humana e o desenvolvimento da personalidade.

Segundo Peplau, um modelo teórico tem como objectivo: *"Incitar nos profissionais um comportamento adequado à prática dos cuidados de saúde"*.

O metaparadigma de Enfermagem inclui quatro conceitos: Homem, Saúde, Sociedade/ Ambiente e Enfermagem.

A intervenção do Enfermeiro é terapêutica e pressupõe ajuda e assistência, isto é, auxilia o cliente durante a construção do processo de construção da relação interpessoal, implicando respeito, desenvolvimento de competências e aprendizagem para ambos. A prestação de cuidados de Enfermagem implica também considerá-los no contexto de necessidade do Homem, tem como objectivo promover o desenvolvimento da personalidade para uma vida criativa e construtiva.

Peplau desenvolveu um modelo teórico baseado nas relações existentes entre Enfermeiro e cliente (Pessoa; Família; comunidade), considerando a Enfermagem como terapêutica por ser uma arte curativa, ajudando o indivíduo a construir as suas relações.

Na sua teoria, Peplau identifica **4 fases** sequenciais no relacionamento interpessoal: orientação, identificação, exploração e resolução. Cada uma dessas fases sobrepõe-se e interrelaciona-se, variando na duração, à medida que o processo evolui para uma solução, variando também nos diversos papéis assumidos pelos Enfermeiros durante as fases: professor, pessoa de recurso, conselheiro, líder, especialista, técnico, substituto. Como qualquer dificuldade no conhecimento e/ou desempenho de um papel, é caracterizada por comportamentos ou sentimentos, afiliado com a percepção ou disparidade no cumprimento de obrigações ou expectativas desse papel.

A insuficiência de papel pode manifestar-se quando se assumem novos papéis, como o papel parental. Nestas alturas torna-se necessário que o enfermeiro desenvolva um papel para superar as dificuldades.

Conclui-se portanto que Peplau, criou uma forma exclusiva de compreensão do relacionamento entre Enfermeiro e cliente.

FASE DE ORIENTAÇÃO

Na fase inicial de orientação, o Enfermeiro e o cliente “encontram-se como estranhos”.

No final desta fase, o Enfermeiro e o cliente “lutam” em conjunto pela identificação dos problemas interagindo no processo interpessoal e adquirindo confiança recíproca, com benefícios evidentes para o cliente manifestados por diminuição da

tensão, da inquietude, do medo do desconhecido, pela descoberta de um ambiente mais confortável, um ambiente de ajuda.

FASE DE IDENTIFICAÇÃO

Nesta fase o cliente responde de uma forma selectiva às pessoas que podem preencher as suas necessidades, identificando quem o pode ajudar, sendo que Enfermeiro e cliente devem esclarecer as suas próprias percepções e expectativas. Começa a notar-se a exigência de um relacionamento mais intenso, com a obtenção de benefícios pelo Enfermeiro, pois a exploração dos sentimentos e emoções do cliente será mais fácil.

Enquanto trabalha nesta fase, o cliente denota a sensação de pertencer e ser capaz de lidar com o problema. Através desta mudança de atitude diminuem os sentimentos de desamparo e inquietude, dando origem a uma outra atitude positiva derivada de “uma força interna”.

FASE DE EXPLORAÇÃO

Nesta fase o cliente tira vantagens de todos os serviços disponíveis, usando-os de acordo com as suas necessidades e interesses. Começa a sentir-se parte integrante do ambiente de auxílio e dá início ao controle da situação, obtendo ajuda dos serviços oferecidos.

Nesta fase o Enfermeiro usa instrumentos de comunicação (esclarecimento, escuta, aceitação, ensino, interpretação) para oferecer ao cliente, instrumentos para que ele possa suprir as suas necessidades e cultivar os seus interesses.

FASE DE RESOLUÇÃO

Nesta fase o Enfermeiro trabalha o fim do relacionamento profissional. As necessidades do cliente foram satisfeitas pelo esforço simultâneo do Enfermeiro e do cliente, sendo altura de terminar a relação e dissolver os laços criados entre ambos, o que por vezes poderá ser difícil, devido a uma dependência psicológica, já que a fisiológica foi satisfeita.

Na resolução a ansiedade e tensão aumentam no Enfermeiro e cliente se o fim do relacionamento não for bem sucedido. Numa resolução bem sucedida, o cliente afasta-se da identificação com a pessoa que o ajudou, tornando-se independente do Enfermeiro.

O culminar de todo este processo resulta em dois indivíduos fortalecidos e amadurecidos.

A teoria de Enfermagem das relações interpessoais de Peplau, tem como fundamentos as teorias das relações interpessoais e tem contribuído para a Enfermagem nas áreas da prática clínica, da teoria e da pesquisa, enriquecendo a sua base actual de conhecimentos.

Cuidar da saúde mental de uma criança/família, implica que o enfermeiro saiba usar as estratégias certas, de modo a prevenir situações menos saudáveis, bem como apoiar as crianças e respectivas famílias para que estes atinjam o bem-estar, promovendo deste modo ganhos em saúde.

Desenvolvimento da Personalidade

Peplau desenvolveu uma teoria do desenvolvimento da personalidade que tem servido de base às intervenções de enfermagem. Para a teórica “quando as tarefas psicológicas são aprendidas de um modo efectivo em cada período do desenvolvimento, as capacidades biológicas são usadas produtivamente e as relações com as pessoas levam uma vida produtiva”. (Townsend, 2002, p.40)

As tarefas psicológicas do desenvolvimento de personalidade de Peplau englobam quatro estádios:

1º Estádio – *Aprender a confiar nos outros*

Este estádio corresponde à idade neonatal. Nesta fase o recém-nascido é capaz de diferenciar o **conforto** do **desconforto** e aprende a comunicar os sentimentos de forma a obter satisfação das suas necessidades de conforto pela figura materna que dá amor e cuidado incondicional. Para a teórica os utentes cujas necessidades de dependência não foram satisfeitas, regredem mais durante a doença e adoptam comportamentos que se relacionam com este estádio de desenvolvimento. Defende que as enfermeiras poderão ajudar os utentes a evoluírem para níveis mais maduros de funcionamento se proporcionarem cuidados incondicionais; por vezes adoptar

papel de mãe substituta que satisfaz as necessidades do utente ajudando-o a amadurecer e tornar-se mais independente.

2º Estádio – *Aprender a adiar a satisfação.*

Para Peplau este estágio corresponde ao do gatinhar ou à primeira etapa no desenvolvimento de relações sociais interdependentes. Nesta fase a criança aprende a satisfação de agradar aos outros por adiar a auto gratificação de pequenas maneiras. As crianças que não completaram as tarefas deste estágio tendem a desenvolver comportamentos de exploração e manipulação de outras pessoas afim de satisfazer os seus desejos; comportamentos hostis e de inveja, limpeza e pontualidade fora do comum, incapacidade de relacionar-se com os outros. Cabe à enfermeira estar desperta para estes comportamentos, encorajar a expressão integral dos seus sentimentos e transmitir aceitação incondicional. Deste modo acredita que o utente sente-se aceite, tem maior probabilidade de abandonar comportamento de oposição.

3º Estádio – *Identificando-se a si mesmo*

Este estágio ocorre no início da infância. Nesta fase a criança aprende a estruturar o conceito do eu observando como os outros interagem com ela como uma pessoa. Aprende regras e comportamentos apropriados, adquirindo a capacidade de perceber as expectativas dos outros. A forma como as crianças percebem a opinião dos adultos em relação a si, irá determinar o conceito que têm de si próprias. Na abordagem de enfermagem é importante tentar perceber como o utente se sente em relação a si próprio e a respeito do problema clínico inicial. À medida que a relação enfermeiro/ utente se desenvolve as enfermeiras têm de ser capazes de reconhecer os comportamentos do utente que indicam necessidades não satisfeitas e proporcionam experiências que promovam o crescimento.

4º Estádio – *Desenvolver habilidades por participação*

Este estágio é característico da fase final da infância. Nesta fase a criança aprende habilidades de compromisso, competição e cooperação com os outros; estabelecimento de uma visão mais realista do mundo e um sentimento do próprio lugar do mesmo. O não desenvolvimento das habilidades apropriadas em algum ponto do processo do desenvolvimento acarreta dificuldades na participação do

indivíduo em enfrentar os problemas recorrentes da vida. Cabe então à enfermeira ajudar o utente a melhorar a sua capacidade de resolução de problemas o que poderá ser feito através do treino de habilidades de competição, compromisso, cooperação, validação consensual e amor a si e aos outros.

Peplau defende que para a progressão apropriada do desenvolvimento do cliente, este terá de ter capacidades para enfrentar os problemas recorrentes da vida. A enfermeira (o) pode ajudar o cliente a desenvolver as habilidades não desenvolvidas ao longo dos estádios.

2. O PERCURSO FORMATIVO

Para responder aos objectivos definidos, procurei como linha orientadora no delineamento de estratégias de acção, utilizar o modelo conceptual do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, que consiste, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010) num *“modelo que se centra nas respostas às necessidades da criança e família, binómio encarado como o beneficiário dos seus cuidados e que é informado pelos valores: reconhecimento da criança como ser vulnerável, valorização dos pais/pessoa significativa como os primeiros prestadores de cuidados, maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança. Preservação, em qualquer situação, da segurança e bem-estar da criança e família”*. Desta forma, tendo por base o grupo de competências a desenvolver para a especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, foi delineado um percurso no sentido da mobilização e integração dos conhecimentos para a aquisição de competências de enfermeiro especialista.

Assim, foi definido que o percurso se iniciaria pela doença mental, no serviço de pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia (HDE). A experiência prática num serviço de internamento de Crianças / jovens / adolescentes, permite adquirir capacidades e competências de observação de sinais e sintomas de doença, e a sua relação com o diagnóstico e tratamento, atitudes e comportamentos dos doentes, no seu estar ou ser, consigo próprio ou com os outros.

Estando a enfermagem directamente implicada no processo de promoção de saúde e prevenção da doença em todas as actividades que desenvolve, evidenciando-se as de educação para a saúde a pessoas, famílias, grupos e comunidades e sendo a principal motivação pessoal, trabalhar em Promoção da saúde mental, principalmente em escolas, foi necessário encontrar unidades de saúde, que tenham como área de trabalho, a promoção da saúde mental. Por isso, foi escolhida a **UCC de Loures**, por ter experiência nesta área e pelo facto, de poder proporcionar, a oportunidade de ser orientado por uma enfermeira especialista em saúde mental.

Finalmente para completar este percurso formativo era necessário desenvolver competências, de uma forma mais autónoma capacitando crianças, professores e família para os temas da promoção da saúde e mais concretamente da saúde mental, para isso estagiei na saúde escolar do **centro de saúde de Benfica** onde,

as intervenções pretendem por em prática as competências adquiridas nos estágios anteriores e assim desenvolver e consolidar os conhecimentos e estratégias nesta área da promoção da saúde mental.

2.1 – Pedopsiquiatria do H.D.E

A Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia é uma unidade de internamento, que intervêm a nível da crise e da reabilitação psicossocial, em crianças e jovens/Adolescentes, que justifiquem uma intervenção multidisciplinar, nomeadamente as perturbações afectivas, alimentares, quadros ansiosos e da personalidade, com repercussão psicossocial e familiar grave e/ou desequilíbrios ao tratamento em ambulatório. A equipa deste serviço preocupa-se com o treino de competências sociais, com a melhoria da organização e autonomização da pessoa, a melhoria da adesão à terapêutica, o reforço da rede de suporte familiar e social, a integração sócio-escolar e a prevenção de recaídas e re-internamentos. Wirt (1999) diz-nos que os conceitos de *recovery* e de *empowerment*, nos quais se insere o trabalho das equipas multidisciplinares de recuperação e desenvolvimento de competências individuais e sociais, são precisamente a antítese teórica do processo de institucionalização. O conceito de *recovery*, é ainda um dos valores enunciados no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, que o define como “condições que favoreçam a auto-determinação e a procura de um caminho próprio por parte das pessoas com problemas de saúde mental”.

A reabilitação não pode ser encarada como uma técnica estanque, desenvolvida apenas no pós-internamento. Deve começar no dia do internamento e ser desenvolvida no dia-a-dia, desde as acções mais simples até uma nova construção. Neste contexto destaca-se a importância da equipa multidisciplinar, pois viabiliza a troca de informações, a partilha de saberes, estabelecendo objectivos comuns e promovendo a responsabilização conjunta, permitindo assim uma aquisição de conhecimentos e possibilitando a realização de tarefas que os elementos não poderiam realizar individualmente. Isto vai de encontro a Fazenda (2008), quando nos refere a importância dos factores psicológicos e sociais como determinantes das doenças mentais e como instrumentos para a recuperação e a melhoria da qualidade de vida dos clientes.

Para a admissão na Pedopsiquiatria do HDE, que dispõe de 10 vagas, os clientes são referenciados pela consulta de Psiquiatria onde é efectuada a avaliação clínica e a definição dos objectivos terapêuticos. Os clientes podem ser internados, também, pela Urgência. Como os clientes são menores o internamento implica a aceitação por parte dos pais ou outra pessoa /instituição encarregada pela educação da criança ou jovem / adolescente. Neste serviço, são desenvolvidas actividades, de acordo com um planeamento semanal, como, dinâmicas de grupo, o treino de aptidões e competências sociais, outras actividades de grupo (Culinária; desenho; pintura; etc.), intervenção familiar, terapia ocupacional, apoio e acompanhamento na área sócio-ocupacional, potenciando a orientação para a realidade e a assertividade, de modo a melhorar a auto-estima e a autonomia, proporcionando assim, uma melhor qualidade de vida, construindo, desta forma, o plano individual de reabilitação de cada cliente. Os enfermeiros especialistas do serviço em primeiro lugar procuram compreender as problemáticas associadas ao internamento das crianças/Jovens/Adolescentes, depois é necessário trabalhar a relação com estes clientes e respectivas famílias, porque só assim podemos capacitar clientes e família para a recuperação.

A possibilidade de poder trabalhar várias experiências nas áreas do tratamento e reabilitação de clientes em pedopsiquiatria constituiu uma oportunidade única de aprendizagem e de desenvolvimento de competências.

Neste estágio, pude integrar-me facilmente na equipa tomando contacto com as actividades que são desenvolvidas. Participei nas reuniões da equipa multidisciplinar que se realizam semanalmente. Estas reuniões visam a discussão dos casos dos clientes internados, onde todos os profissionais dão o seu contributo para a definição de estratégias terapêuticas, já que cada um tem uma visão muito própria, segundo a informação que dispõem do cliente, segundo os modelos teóricos que habitualmente segue, segundo a experiência profissional, entre muitos outros factores. Este espaço surpreendeu-me positivamente por ver espelhado na prática o conceito de equipa multidisciplinar na minha concepção mais abrangente: a todos os profissionais é dado espaço de expressarem a sua opinião clínica e todos os contributos são, de uma forma geral, tidos em conta e esclarecidos.

Como aluno, neste serviço de internamento, questionei-me, como seria o acompanhamento destes clientes e qual seria o papel do enfermeiro especialista em saúde mental, nesse processo. E foi com base nestas questões que surgiu a

vontade e necessidade na obtenção de respostas. O resultado seria o acréscimo de conhecimentos, capacidades e competências de intervenção especializada nesta área, o que me iria capacitar para prestar melhores cuidados de enfermagem aos clientes internados no serviço e respectivas famílias.

Os problemas no seio das famílias destas crianças e jovens / Adolescentes e as dificuldades de relação com o seu núcleo familiar, são realidades de elevada complexidade onde emergem necessidades urgentes de intervenção e onde o enfermeiro especialista em saúde mental tem, cada vez mais, responsabilidades acrescidas.

Os cuidados prestados por todos os enfermeiros contribuem para reduzir a probabilidade de novos internamentos, assim como novas reincidências. Contribuem, através do acompanhamento das crianças e jovens/Adolescentes e suas famílias para a melhoria, não só da dinâmica familiar, como da qualidade de vida das mesmas e consequentemente nos ganhos em saúde para esta população.

No serviço de pedopsiquiatria do HDE, tive a oportunidade de participar em algumas reuniões formais e informais com o enfermeiro orientador e com outros profissionais da equipa de saúde, conhecendo os seus papéis e as suas responsabilidades. Observei a dinâmica de trabalho da equipa de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, e de como dão resposta às necessidades dos clientes.

Sendo o Cuidar em relação, a essência da profissão de enfermagem e as relações interpessoais as ferramentas de trabalho na prestação de cuidados de enfermagem, foi a partir do modelo das relações interpessoais de Peplau, que me baseei para a determinação dos objectivos de estágio.

O processo de reabilitação psicossocial da doença mental e psiquiátrica implica duas vertentes, uma individual e outra social, já que incide por um lado na recuperação da aprendizagem de competências pessoais e relacionais, e por outro na criação de suporte social adequado aos níveis da autonomia.

Com base nas realidades existentes no serviço de pedopsiquiatria do HDE, idealizei algumas actividades que poderiam dar resposta aos objectivos para este estágio.

Reuniões Terapêuticas

Tendo por base os princípios inerentes à reabilitação psicossocial, como já foi referido, pude participar nas reuniões com os clientes (Semanal). Estas reuniões são

compostas por um elemento da equipa de enfermagem, os médicos dos clientes e uma psicóloga. Os clientes falam dos acontecimentos, pensamentos e sentimentos que ocorreram na última semana e que sejam pertinentes para si. Os temas abrangem a forma como os clientes se sentem no internamento, as dinâmicas familiares, passatempos, dificuldades e capacidades, fortalecimento das relações interpessoais, entre outros. Este espaço terapêutico reveste-se de uma importância fulcral na avaliação da evolução do processo terapêutico dos (as) clientes. É sobretudo aqui que os profissionais conhecem progressivamente, as suas limitações e potencialidades e o seu desenvolvimento terapêutico. Trata-se de um momento de partilha, de dar-se a conhecer aos elementos do grupo. Promove-se o fortalecimento da relação entre os elementos do grupo, a socialização, a verbalização, o auto e hetero-conhecimento, em que são exploradas alternativas aos comportamentos actuais, entre outros. Pude assistir a estas reuniões, desenvolvendo competências de comunicação e de trabalho com grupos.

Acolhimento

No âmbito deste estágio realizei um estudo de caso (Anexo II) que começou pelo acolhimento de uma jovem com 15 anos, utilizando o formulário de Acolhimento/Avaliação do serviço, e entrevistas de apoio tendo como referência a relação de ajuda, incentivando a utente a participar activamente na definição das suas necessidades.

O acolhimento é fundamental criando um clima de confiança que permite que a pessoa se sinta “acolhida na sua mágoa e cólera”. Assim, pude realizar algumas entrevistas a clientes e familiares/pessoas significativas. As condições físicas do serviço favorecem o clima terapêutico necessário para a realização de interações com as (os) clientes, onde existe um gabinete de enfermagem, onde podemos conversar com os clientes e família.

O acolhimento realizado à jovem do meu estudo de caso, foi apoiado pelo enfermeiro orientador. A jovem, foi internada por “quadro ansioso e humor depressivo”, no primeiro contacto estava com uma postura calma. Quando lhe foi perguntado se sabia a razão do seu internamento, referiu ter vômitos; Taquicardia e Lipotimia. Ao longo da conversa, fomos apercebendo que existia também, problemas familiares que poderiam estar associados aos motivos do internamento.

No processo de acolhimento desta jovem no serviço foi, também preenchido o formulário do serviço. Como foi referido, a primeira conversa com a P.O, foi iniciada com a frase *“Sabe porque está aqui?”*, de modo a não seguir um formato de interrogatório, que me parece algo despersonalizado para o cliente, já que, anteriormente foi realizada a entrevista médica, sendo desgastante para o cliente ter de *repetir o que aconteceu*.

Como parte do acolhimento, foi realizada uma visita ao espaço físico do serviço e explicados os horários das refeições e visitas. Por fim, a cliente foi apresentada aos outros clientes internados e aos profissionais presentes no serviço, disponibilizando-me para esclarecer qualquer dúvida.

O acolhimento pode prolongar-se por vários dias ou semanas, porque a qualquer momento podemos informar os (as) clientes de novas informações sobre a sua permanência no serviço.

Intervenções Psicoeducativas

A Psico – educação, é outra das áreas desenvolvidas na Pedopsiquiatria, de acordo com Felicíssimo (2009), é constituída por um conjunto de abordagens orientadas para ajudar os clientes e seus familiares a aprender o que precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano; reduzir o stress familiar e providenciar suporte social e encorajamento, permitindo uma maior esperança no futuro mais do que um remoer mórbido no passado.

Neste estágio tive a oportunidade de aplicar algumas técnicas de psicoeducação, principalmente com a cliente do meu estudo de caso.

Como estratégia terapêutica comecei por me disponibilizar para responder a perguntas relacionadas com a terapêutica farmacológica da cliente, porque a psicoeducação mobiliza uma combinação de recursos pedagógicos, mas também, farmacológicos.

No caso particular desta cliente depois de ter realizado sessões separadas com a cliente e a mãe, percebemos (eu e o orientador), que deveríamos melhorar a relação entre as duas e achamos importante, em termos terapêuticos, uma sessão onde pudessem estar juntas. No início a PO expôs as razões pelas quais não se sentia bem em casa e particularmente na relação com a mãe.

A mãe começou por enumerar os aspectos negativos da PO, que ela não gostava, sem olhar para a directamente para ela, ao que lhe pedimos: “ diga à sua filha o que gosta nela” depois desta intervenção, a mãe da PO, olhou directamente para ela e começou a dizer o quanto gostava dela terminando as duas abraçadas e a chorar. Consideramos este momento muito importante, já que, tínhamos percebido que as duas não tinham tido um espaço onde pudessem dizer uma à outra, tudo o que sentiam. Depois deste momento a observamos que a relação das duas melhorou, constituindo um contributo importante para a recuperação da PO.

Reuniões com as famílias

Neste serviço, tive oportunidade de assistir e participar em 3 reuniões de famílias, a que assistiram os familiares de crianças jovens/Adolescentes. Estas reuniões constituem um importante espaço de partilha de vivências, sentimentos e emoções, angústias e incertezas vividas pelos familiares. Tratou-se de uma experiência bastante rica onde pude contribuir nomeadamente com esclarecimentos acerca de sintomatologia psiquiátrica, conhecimentos de terapêutica farmacológica e seus efeitos.

Treino de Competências

Na Pedopsiquiatria do HDE, os enfermeiros do serviço realizam o treino de competências sociais com a preparação de alimentos (Doces), gestão económica (receitas e gastos), realização de compras. Neste âmbito, a culinária é uma actividade terapêutica na qual os enfermeiros orientam os clientes, para a concretização de uma receita, com o objectivo de promover a autonomia e a tomada de decisão independente, compete ao grupo escolher que receita gostariam de confeccionar. Depois de escolher o terapeuta ocupacional diz se é possível comprar os ingredientes, são escolhas frequentes, as receitas de bolos, para posteriormente serem vendidos às fatias aos profissionais do serviço, sendo a gestão feita pelos clientes, com o apoio e orientação da equipa de enfermagem.

A actividade da culinária permite à equipa de enfermagem o acompanhamento e a presença próxima de um ou vários elementos do grupo. Por outro lado, permite um conhecimento mais profundo das respostas desse cliente à sua situação actual e ao

processo de reabilitação psicossocial. Esse conhecimento é a base para uma intervenção terapêutica, que pode ser imediata, no decorrer da actividade ou posterior, noutros espaços terapêuticos.

Sessão de Relaxamento (Jacobson)

A ansiedade associada à patologia psiquiátrica/privação da liberdade é uma das manifestações mais notáveis nos doentes internados. Identificada a problemática importa definir as estratégias e o percurso a realizar com vista a reduzir os níveis de ansiedade dos clientes internados.

De entre as actividades que poderia desenvolver de uma forma autónoma surgiu uma sessão de relaxamento (Anexo I), foi uma proposta do grupo, onde a avaliação individual que os elementos do grupo fizeram foi de ficarem de uma forma geral mais relaxados e descontraídos. Esta auto-avaliação foi corroborada pela minha observação do seu comportamento individual e da interacção com o grupo. A primeira etapa consistiu em fazer uma pesquisa bibliográfica sobre a temática da qual pude constatar que, associadas à redução dos níveis de ansiedade estão muitas vezes, as técnicas de relaxamento. Considerando a pesquisa realizada e o contexto onde se desenvolveriam as actividades, optei por incluir todo o grupo, indo de encontro ao desejo do grupo.

O grupo foi constituído por sete clientes, que era a totalidade de clientes no dia da sessão. A sessão comportava duas partes, uma primeira onde nos sentamos nos colchões e tivemos uma pequena conversa acerca das expectativas sobre a sessão de relaxamento e como se sentiam naquela dia. Esta introdução pretendia quebrar o gelo, promover a interacção entre os participantes, permitindo a partilha de experiências, expressão de emoções e sentimentos aproveitando o momento para melhorar as competências sociais e os níveis de confiança. Na segunda parte, a realização de técnicas de relaxamento progressivo seguindo as etapas de Jacobson. Para a realização da sessão possuía um guião pré-elaborado (Anexo I), que foi seguido com o tom de voz suave, assim como a velocidade com era lido o guião, foram os maiores desafios.

Concluída a sessão, os clientes demoraram-se ainda, alguns momentos sentados nos colchões e a interacção, entre eles, era harmoniosa e tranquila. Depois de terminada a actividade terapêutica houve espaço para discutir com o Enfº orientador

detalhes da sessão, algumas estratégias desenvolvidas, como o tom de voz, a velocidade com que se desenvolveu a sessão, a forma como lidámos com alguns elementos que não conseguirão relaxar, assim como o comportamento e os resultados nos diversos clientes, ao que concluímos que de uma forma geral a sessão correu bem e que podia ser realizada de forma idêntica.

As dinâmicas de grupo

As dinâmicas de grupo na Pedopsiquiatria do HDE possuem um papel importante na promoção da saúde, promovendo actividades que favorecem o bem-estar, a auto-realização e o desempenho pessoal e os comportamentos positivos. Aqui os enfermeiros têm um lugar de destaque capacitando o cliente à adaptar-se à sua doença, cooperar com o plano terapêutico instruído e aprender a resolver os problemas quando se defronta com situações novas.

Pude compreender através do estágio na Pedopsiquiatria do HDE, a pertinência da intervenção do enfermeiro de saúde mental e psiquiátrica neste contexto, desenvolvendo competências, nomeadamente de trabalho com grupos, no treino de competências sociais e no âmbito do relaxamento. Este estágio, foi revelador da riqueza dos cuidados de enfermagem que abrangem o indivíduo, a família e a comunidade.

O estágio em Pedopsiquiatria, permitiu-me compreender que podemos promover a saúde mental, também, num serviço de internamento. Promover é capacitar e podemos fazê-lo a crianças, jovens / adolescentes desde o primeiro dia de internamento, permitindo que lidem melhor com a sua doença, que se conheçam melhor a si próprios – as suas capacidades e limitações, que se relacionem melhor com os outros incluindo a família e os pares. Neste aspecto foi um ganho na minha formação esta nova perspectiva que me permitiu crescer como profissional.

2.2 – UCC de Loures

A Unidade de Cuidados na Comunidade de Loures (UCC – Loures), iniciou a sua actividade em 2010 propondo-se, segundo o seu plano de acção, “prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou

dependência física e ou funcional”. As áreas de intervenção visam sobretudo o desenvolvimento e a implementação de medidas de promoção, prevenção, protecção da saúde e bem-estar da família, grupos e comunidades ao longo do seu ciclo de vida.

Para dar resposta a estas actividades a UCC – Loures é constituída por uma equipa multiprofissional, onde a maioria são Enfermeiros, o que permite que exista uma cooperação importante, para assegurar os princípios considerados fundamentais para a sua actuação: **orientação para a comunidade; Flexibilidade organizativa e de gestão; Trabalho em equipa; Autonomia e responsabilização e melhoria contínua da qualidade**, não esquecendo a necessidade de garantir uma boa **articulação** e cooperação com outras instituições.

No mesmo sentido, o despacho n.º 10143/2009 que Regulamenta a Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade refere que, a actividade da UCC se desenvolve com **autonomia organizativa** e técnica, em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES em que se integra. Os programas desenvolvidos pela UCC de Loures, neste momento, são os seguintes:

- ☺ Mais saúde e menos riscos;
- ☺ AJ – Atendimento juvenil
- ☺ Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco (NACJR)
- ☺ Viver a diferença
- ☺ Preparar o ninho
- ☺ Crescer com saúde
- ☺ Saúde escolar – aprende a mudar
- ☺ Jovens animadores de saúde
- ☺ ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados)
- ☺ Cuidar de quem cuida – Cuidadores formais e ou Informais

Neste estágio tive a oportunidade de realizar uma observação participante, principalmente nos programas “Crescer com Saúde”, “Saúde escolar – aprende a mudar” e “AJ – Atendimento Juvenil” que são programas inseridos no âmbito da

promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade, principalmente na comunidade educativa.

Entre os diversos princípios orientadores que regem as UCC's destaco a **Autonomia**, assente na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de acção e a **Articulação** com as outras unidades funcionais do ACES, por me parecer que são estes atributos da UCC que permitem, todo um trabalho de promoção da saúde, já que, é a autonomia que permite escolher a melhor estratégia, o momento certo, a população certa e utilizar os recursos suficientes e necessários para promover a saúde. Por outro lado, é através da articulação com outros recursos do ACES, com as famílias, com as comunidades e com as escolas, que a equipa da UCC consegue concretizar as actividades a que se propôs.

O programa nacional de saúde escolar (PNSE) inscreve-se na área da melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de actividades assentes em dois eixos: vigilância e proteção da saúde e aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde.

Uma das áreas de intervenção dentro dos programas já citados, são os estilos de vida, que são, um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia a dia, apreendidos através da socialização, ao longo do ciclo de vida.

Os ganhos em saúde, na comunidade educativa, são o resultado do sucesso da promoção da saúde nas escolas, neste sentido a equipa de saúde escolar, da UCC – Loures, tem vindo a trabalhar para conseguir esse sucesso com o desenvolvimento efectivo de actividades nas escolas orientadas para determinantes da saúde, como a alimentação, sexualidade e os factores de risco, como os acidentes escolares; bullying; primeiros socorros a funcionários e professores, doenças crónicas (formação aos agentes educativos) tabaco; álcool e outras drogas (Adolescentes), entre outros.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), na declaração de Alma-Ata (1978), "Sendo os estilos de vida uma construção cultural, é necessário apoiar práticas que favoreçam condutas promotoras de saúde, pelo que a participação da comunidade e do individuo em programas e projectos de saúde são elementos chave na promoção e difusão destas condutas. Ao fomentarem a auto-responsabilização e a participação de todos no planeamento, organização, funcionamento e controlo dos cuidados de saúde primários, é possível tirar partido dos recursos disponíveis, e com esse fim,

desenvolver mediante educação idónea, a capacidade participativa das comunidades”.

Quando cheguei á UCC – Loures senti que toda a unidade (objectivos, profissionais saúde e atividades desenvolvidas), estão orientados para promover a saúde das pessoas; grupos e/ou comunidades que pertencem à sua área de influência.

Nesta unidade de saúde, como já foi referido, existe um programa que me despertou especial interesse, o atendimento Juvenil.

O atendimento Juvenil é um programa da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), que funciona há cerca de 10 anos nas instalações do centro de saúde de Loures. É um espaço criado para dar resposta aos jovens da área geográfica de influência do centro de saúde de Loures. Os Jovens têm oportunidade de falar sobre os seus problemas, quer sejam sobre a sua sexualidade, quer seja sobre os seus problemas familiares, escolares ou emocionais.

Neste espaço não existe hora marcada nem assuntos pré – definidos, ou seja, os jovens podem aparecer dentro do intervalo pré-estabelecido (2^{as}; 4^{as} e 6^{as} das 14h00 às 17h00) e falar daquilo que entenderem. Este conceito, revela-se muito importante, já que, os adolescentes dispõem de um espaço muito tolerante em termos de horários e temas, é uma forma de os convidar a aparecer. No tempo que passei neste espaço acompanhado da Enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (SMP) a grande maioria dos atendimentos são relacionados com a temática da sexualidade.

As intervenções nesta área procuram possibilitar que cada pessoa viva a sua sexualidade de forma saudável, feliz e responsável ao longo do ciclo de vida. Visa uma melhoria dos relacionamentos afectivo-sexuais entre os jovens, a redução das possíveis consequências negativas dos comportamentos sexuais, tais como a gravidez não planeada e as infecções sexualmente transmissíveis (IST) e contribuir para a tomada de decisões conscientes e responsáveis na área da educação para a saúde – educação sexual.

A sexualidade é um termo amplamente abrangente que engloba inúmeros factores e dificilmente se encaixa numa definição única e absoluta.

Segundo a OMS (2001), a sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura, e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, que influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.

Fundamental é também disponibilizar a nossa presença, permitindo ao outro falar das suas ansiedades e receios, quebrando a lógica do isolamento, apoiando emocionalmente e construindo e reforçando laços. Neste contexto é pertinente a promoção da esperança já que de acordo com Chalifour “a esperança não é simplesmente necessária para que o cliente prossiga a sua terapia – e, por esta via, para que outros factores terapêuticos sejam eficazes – mas pode ter em si própria efeitos terapêuticos.” (Chalifour, 2008, p. 211). Assim a informação e orientação bem como o reforço das expectativas positivas contribuiu para a promoção da esperança com visíveis ganhos na saúde mental dos Clientes.

Dificuldades no Atendimento Juvenil

No atendimento juvenil a maioria dos jovens / adolescentes, com que me deparei, já não era a primeira vez que recorrem a este espaço, mas na maioria das vezes era a primeira vez que eu estava em contacto com estes jovens, o que não facilitou a minha participação, porque a tendência, depois de me apresentar, é os jovens dirigirem o olhar para quem já conhecem (Orientadora), porque tem já uma relação de confiança. Algumas vezes senti que poderia ter intervindo mais, mas com isso poderia aumentar a insegurança destes jovens, na medida em que eu era uma pessoa estranha. Por isso os resultados obtidos durante este estágio foram subtis, e incluíram o estabelecimento de relações sociais e a procura de pequenas mudanças nos comportamentos nos jovens / adolescentes. No entanto como refere Hesbeen “é sem dúvida alguma, a partir da valorização da utilidade social de todas essas «pequenas coisas» que constituem os cuidados de enfermagem e as qualidades profissionais exigidas para lhes dar vida e sentido que a enfermagem poderá esclarecer e firmar a sua identidade provando, graças às raízes sólidas e fecundas que constituem essas «pequenas coisas», o seu contributo essencial para a saúde dos indivíduos.” (Hesbeen, 2000, p. 47).

O “Atendimento Jovem” constitui um apoio fundamental para Jovens num contexto onde as respostas existentes são insuficientes, sobretudo ao nível do apoio nos “Grandes” problemas da adolescência como é o caso dos relacionamentos com o sexo oposto e da sexualidade.

Dos atendimentos realizados, destaco um jovem (J) do sexo masculino, com 17 anos, vinha triste com um andar calmo, cumprimentou-nos e sentou-se à nossa frente.

Começou por dizer que foi a professora que lhe aconselhou a vir ao atendimento juvenil Fez um silêncio. Depois de um curto silêncio, perguntei:

“Mas achas que não tens nada para nos contar?”.

Depois desta pergunta, o jovem perguntou “que problemas podíamos resolver ali”, ao que respondi que procuramos resolver todos os problemas, dentro das nossas limitações. O jovem fez mais uma pausa e disse: “Deixe estar”. ao que a insisti “tens alguma coisa para dizer?”, respondeu “é a minha irmã, anda triste” (eu) “mas sabes porquê?” (J), “por outros problemas Porque só a minha mãe é que ganha para a casa e ... tudo isso”, com o desenrolar da sessão percebemos que os dois irmãos só comiam uma refeição por dia e por isso a sua vida escolar estava a deteriorar-se cada vez mais. Para este caso foi necessário mobilizar a mãe deste jovem, assim como os recursos da comunidade para ajudar esta família. Este exemplo demonstra que por vezes temos que ter a capacidade de nos adaptarmos às mais variadas situações para responder às necessidades dos clientes. As estratégias de aproximação adoptadas foram bem recebida pelo cliente, sendo uma mais-valia a presença do enfermeiro de SMP na medida em que, funciona como elemento facilitador para a aproximação (promove a relação de confiança) para depois ser possível intervir. O processo de confiar desenrola-se por etapas, geralmente morosas, que exigem repetição de encontros propícios à interacção para o fortalecimento da relação de confiança e progresso de um plano terapêutico o que mostrou ser uma condicionante uma vez que, houve dificuldade na repetição desses mesmos encontros, devido ao facto do estágio no atendimento jovem estar a terminar. A realização de intervenções individuais e a sua continuidade neste tipo de população no curto tempo em que decorreu o estágio, torna-se difícil, mas a minha orientadora deu continuidade ao trabalho desenvolvido, o que contribuiu uma tomada de consciência adequada desta realidade e a possibilidade da recolha e organização de informação para dar resposta ao cliente.

Neste estágio a grande aprendizagem foi a necessidade de limitar os objectivos, avançando com pequenos passos e tentando sempre que os clientes tenham um motivo para vir de novo ao nosso encontro. Assim é necessário ser paciente, sendo

flexível com atrasos e faltas, sabendo que por outro lado, pode ser necessário estar disponível durante muito mais tempo.

Nestes casos, é preciso respeitar os ritmos e timings dos jovens, sem desistir. Pode-se descobrir um dia o quanto ele valoriza aquela relação, como considera importantes aqueles momentos e como os técnicos fazem parte do seu círculo íntimo de relações.” (Bento *et al.*, 2002, p. 111).

De igual modo é preciso ter a consciência do contexto em que actuamos, e fazer propostas terapêuticas viáveis, já que muitos destes Jovens não possuem recursos económicos ou outros para ir a uma consulta de clínica geral, por exemplo.

Neste estágio tive a oportunidade de desenvolver competências relativas à comunicação, intervindo quando me parecia ser a altura certa, para mim e para os jovens, validando as intervenções efectuadas com a orientadora no fim do atendimento. Por outro lado, é necessário aprender a comunicar num ambiente onde se pratica uma enfermagem transcultural, porque a este atendimento recorrem jovens de culturas essencialmente africanas e de países do leste da Europa, com as especificidades inerentes a cada pessoa e a cada cultura, onde é necessário contextualizar o discurso com os hábitos, comportamentos e atitudes dos seus países de origem.

Pela experiência e reflexão conjunta com as enfermeiras do projecto verifica-se que o trabalho com esta população, por vezes é difícil, já que implica muitas vezes sucessos limitados, esta foi a percepção com que fiquei ao trabalhar com esta população. Os resultados são limitados, também, porque não conseguimos ter um acompanhamento regular. Em muitos casos estes jovens vêm ao atendimento com o pretexto de levantar contraceptivos orais (três meses) ou acompanhar um amigo (amiga), que vem ao atendimento com uma periodicidade anual. Percebi que esta dificuldade em entender os problemas dos jovens com este acompanhamento “largo” é essencialmente minha, porque com a experiência das enfermeiras especialistas apoiando-se nos registos efectuados, esta dificuldade praticamente não existe.

2.3 – Saúde Escolar no Centro de Saúde de Benfica

Neste estágio propus-me promover a saúde mental através de algumas dinâmicas de grupo, no centro de saúde de Benfica, que para (BOTELHO & TAVARES, 2009,

p.28). “ Saúde mental é um componente fundamental da saúde humana, portanto promovê-la é um dever dos profissionais envolvidos no cuidado humano “.

O programa de saúde Escolar do Centro de Saúde de Benfica, tem cinco enfermeiros, dos quais dois são especialistas (Saúde Comunitária e Saúde infantil), que procuram cumprir o programa nacional de saúde escolar nas escolas da área de influência do Centro de saúde. A escola seleccionada para desenvolver o meu projecto foi a Escola EB1 Salvado Sampaio, onde foi escolhida uma turma do 1º ano do 1º ciclo (5/6 anos) com 17 alunos.

Neste local, onde exerço funções, procurei desenvolver um conjunto de intervenções com as crianças, em promoção da saúde mental envolvendo pais e professores.

Para o planeamento das actividades, foram realizadas várias reuniões com os professores para determinarmos as melhores estratégias e assim, apoiámo-nos em termos teóricos nos modelos cognitivos. Verifica-se que os modelos cognitivos têm em comum, por um lado o pressuposto de que os comportamentos que envolvem risco para a saúde têm na sua génese variáveis de ordem cognitiva que são a sua causa, e por outro que essas variáveis cognitivas, no futuro, predis põem o sujeito a escolher comportamentos de risco para a saúde. É com base nestas teorias e modelos de mudança de comportamento que se elaboram os programas promotores de saúde e intervenções preventivas de comportamentos de risco (McIntyre & Araújo, 1999).

Um desenvolvimento positivo das crianças contribui positivamente para o desenvolvimento do *Self*, para a família, para o grupo de pares, para a comunidade em geral.

Assim construímos as actividades numa perspectiva de desenvolvimento de competências pessoais e sociais, onde assumimos que competência numa perspectiva positiva, incide sobre a própria acção em diversos domínios, incluindo o social (relações interpessoais; comunicação; resolução de conflitos). O desenvolvimento positivo e saudável, é um potencial de mudança de comportamento, crenças e atitudes que existem como consequência de uma influência global das relações entre o indivíduo em desenvolvimento, de factores biológicos, psicológicos, família, comunidade, cultura, ambiente físico e nicho histórico.

A escola é uma estrutura social crucial para a educação das crianças na preparação para a vida, no entanto, deveriam ter uma abordagem educacional mais alargada, promotora de um desenvolvimento social e emocional mais abrangente, saudável dos alunos.

Com o grupo de crianças, pretendeu-se aprofundar junto destes a sua percepção / opinião sobre os temas escolhidos, procurando desta forma contribuir para o fortalecimento das competências em relações interpessoais; comunicação e resolução de conflitos. Estas competências permitem às crianças e adolescentes desenvolverem uma saúde mental positiva e um maior bem-estar.

Envolver os Professores

Com envolvimento dos pais e professores nestas actividades procuramos capacitá-los e motivá-los para a temática da promoção da saúde mental, através de actividades conjuntas com as crianças, utilizando o jogo, no sentido do desenvolvimento de competências pessoais e sociais nas crianças. Para isso, foram realizadas reuniões prévias às actividades com os professores, onde foi decidido que iríamos desenvolver três actividades com as crianças, onde começaríamos com uma sessão de relaxamento por imaginação dirigida (Anexo II); depois introduzíamos as emoções (Anexo III) e por fim um valor considerado por nós fundamental que é a amizade (Anexo IV).

Reuniões com os Pais

Procurei que a família estivesse também envolvida, para isso foram realizadas duas reuniões, capacitando a família para os temas da promoção da saúde e mais concretamente da saúde mental. As reuniões com as famílias foram convocadas através das professoras. A primeira reunião teve uma maior adesão com a participação de 20 pais/encarregados de educação e na segunda estiveram presentes, apenas 15 pais/encarregados de educação, sendo justificado, o número menor de pais/encarregados de educação, por motivos profissionais. Nestas reuniões com as famílias procurei sensibilizar os pais, partindo da importância dos hábitos saudáveis na alimentação e actividade física, para a importância de promovermos a saúde mental das crianças como uma parte importante da saúde, ou

seja, não se pode falar de saúde na sua plenitude sem que a saúde mental esteja incluída. As reuniões com os pais decorreram num clima de grande entusiasmo, por parte destes, onde senti que todos aprendemos como capacitar estas crianças para a saúde mental. A primeira reunião foi mais informativa onde foi explicado aquilo que queríamos trabalhar com as crianças, na segunda reunião os pais transmitiram-nos o que as crianças falaram e como reagiram em casa relativamente às actividades realizado.

Para (Cepeda; Brito; Heitor, 2006), “Promover a saúde mental é potenciar o estado de equilíbrio que permite ao sujeito compreender, interpretar e adaptar-se ao meio que a cerca, estabelecer relações significativas com os outros e ser um membro criativo e produtivo da sociedade”.

No processo de crescimento as crianças deparam-se com situações que podem afectá-los (as) tanto física como emocionalmente. Muitos factores de natureza social, familiar, escolar, relacional, podem ser geradoras de stress na criança pelo que se torna pertinente a aquisição desde cedo de comportamentos que permitam uma melhor gestão do stress e da ansiedade e sejam promotores de bem-estar.

O Ministério da Saúde, no Plano Nacional de Saúde 2004/2010, preconiza que “A saúde mental das crianças ... será reconhecida como prioritária no âmbito da saúde global da população portuguesa”.

A Adesão às Sessões

As crianças têm formas próprias de expressarem os seus sentimentos e emoções; ou gostam e aderem logo à actividade ou simplesmente mantêm-se renitentes a qualquer tipo de intervenção. As relações que estabelecemos com as crianças são únicas e irrepetíveis. Para que se estabeleça aliança terapêutica com a criança tem de ter como ponto de partida o estabelecimento de uma relação de confiança e empatia. A interacção estabelecida contribuiu para a mudança de alguns comportamentos e para a melhoria do bem-estar das crianças. Confiança é uma componente essencial da prática de enfermagem uma vez que, é um fundamento para as relações em cuidados de saúde (Reave, 2002). Quando a confiança é desenvolvida, o indivíduo sentir-se-á capaz de partilhar seus pensamentos, sentimentos, e experiências; sentir-se-á seguro e confortável para pedir ou aceitar ajuda quando lhe é oferecida, o que potencia o efeito terapêutico da confiança.

Neste sentido o primeiro contacto com as crianças gerou-me certa inquietação e expectativa pela receptividade das crianças ao meu contacto.

Senti maior facilidade em interagir com algumas crianças do que com outras, o que no meu entender resulta em grande parte do encontro daquilo que sou (enquanto pessoa e profissional) e as características e vivências da criança. Procurei dar resposta à seguinte questão: ***“De que forma poderei intervir junto da criança de modo a facilitar a sua interacção?”***. A actividade lúdica por ter carácter dinâmico e atractivo parece-me ser uma boa estratégia. Mas sendo adulto para além de profissional, como devo “brincar” com a criança? Ter comportamentos e as atitudes semelhantes à da criança, falar (timbre de voz e discurso) do mesmo modo que ela; não é certamente a estratégia mais assertiva. Mas será que, se eu agir tal como sou ela vai-me entender? E assim foi, comecei a ser eu próprio, a expor-me junto da criança, a não ter medo de transparecer as minhas limitações e qualidades. Consegui ser eu no mundo imaginário da criança.

Aos poucos fui ganhando espaço na brincadeira, acabando mesmo até por divertir-me imenso, apercebendo que afinal se confirma que todos temos uma criança dentro de nós.

Actividades

Neste estágio foram realizadas três actividades que foram previamente discutidas com a orientadora e a professora no sentido da possibilidade de realização das mesmas.

Na primeira sessão (Relaxamento por Imaginação Guiada) (Anexo III) havia uma grande expectativa por parte da minha orientadora e da professora. Inicialmente ensinámos as crianças a realizar uma respiração abdominal, na sala de aula. Depois utilizamos a sala de educação física e os colchões para deitar as crianças, diminuámos a luz, pedimos silêncio e realizamos a actividade. Com esta actividade queríamos capacitar as crianças para a importância de saber relaxar em momentos de stress da nossa vida e assim, melhorar o humor e diminuir a ansiedade.

Após a realização da actividade verificamos que mais de metade das crianças adormeceram e apenas uma criança não conseguiu fechar os olhos. No final

colocámo-nos em círculo e partilhamos a experiência tendo recebido indicações das crianças de muita satisfação.

Na segunda actividade (Anexo IV) (Caixa das emoções) o objectivo foi capacitar as crianças para a importância das emoções na nossa vida e como podemos desenvolver estratégias para as exprimir-mos e colocamos a questão se as emoções são importantes quando nos relacionamos com os outros.

Nesta actividade foi pedido às crianças para desenharem aquilo que estavam a sentir naquele momento.

Esta actividade decorreu num clima de jogo, as crianças começaram a competir pelo desenho mais bonito e foi necessário explicar que não era esse o objectivo e focalizá-las na actividade. No final as indicações que nos deram foram muito positivas e percebemos que estavam mais envolvidas umas com as outras, porque na discussão que fizemos no fim (desenhos) percebemos que conseguiram transmitir aquilo que sentem, uns pelos outros e que nunca o tinham feito.

Pelo pouco tempo de estágio só foi possível realizar mais uma actividade a que demos o nome de Balões da Amizade (Anexo V) que tínhamos como objectivo capacitar as crianças para o valor da amizade. Nesta actividade fazia parte um rebentamento de balões que continham letras. Essas letras, que estavam dentro dos balões, serviam para construir a palavra AMIZADE. Quando começaram a rebentar os balões apercebemo-nos que uma das crianças começou a chorar, pelo que foi retirada da sala e só voltou quando todos os balões estavam rebentados.

Nesta actividade sentimos que a maioria das crianças, sabia o que era a amizade mas não a relacionava com a palavra. No final pensamos que conseguimos que elas percebessem que relacionadas com a amizade estão algumas emoções e que a amizade é um valor fundamental na qualidade das relações que estabelecemos com os outros.

Estas actividades proporcionaram-me muita satisfação pela participação e envolvimento tanto da professora e da orientadora, como das crianças. Considero que esta abordagem é inovadora e muito importante no âmbito da promoção da saúde mental. Ao descobrirmos estratégias para as crianças melhor exprimirem as suas emoções e gerirem o stress/ ansiedade e promover a reflexão sobre os valores nas relações interpessoais, estamos também nós a desenvolver competências de crescimento pessoal e profissional.

3 - ASPECTOS ÉTICOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Os aspectos éticos são de grande importância, quando lidamos com a saúde das pessoas e em particular na saúde mental em crianças.

Quando trabalhamos em saúde mental os enfermeiros não devem ser mais uma classe profissional, nesta área, porque estes têm a responsabilidade de cuidar além da saúde, também da segurança dos clientes. Em termos práticos isto significa que o consentimento informado deve ser rigoroso e alargado aos responsáveis pelos clientes (Pais, encarregados de educação e professores) a quem se presta cuidados. Neste sentido foi solicitado ao Director Executivo do agrupamento de escolas Quinta de Marrocos (Benfica) a realização deste estágio na referida escola (Anexo VI) e aos pais (Encarregados de educação) o consentimento para que os filhos participassem nas sessões realizadas na escola (Anexo VII).

Embora não esteja dentro do âmbito deste estágio o seguimento de crianças com problemas mentais, não podemos ignorar que os problemas podem ser fonte de grande sofrimento, tanto para os professores como para a família e nesse sentido estivemos atentos para que, caso seja detectada alguma criança com problemas do foro psiquiátrico estaríamos disponíveis para fazer o seu encaminhamento e prestar o devido apoio à família e /ou professores, dentro das nossas possibilidades e competências.

Os programas de promoção de saúde mental envolvem um conjunto de sensibilidades e informações pessoais que devem ser preservadas e a confidencialidade e o anonimato respeitados.

Todos estes aspectos devem ser tidos em conta por quem pretende trabalhar em promoção de saúde mental. Relativamente aos métodos utilizados, devem prever as suas consequências, tanto para os clientes que estão directamente envolvidas como, para as famílias e restante comunidade escolar. Por este motivo e embora o período de estágio tenha terminado a 15 de Fevereiro / 2013, pensamos que devem ser respeitadas as expectativas que todos os envolvidos depositam em nós, e assim prolongamos as actividades até ao final do ano lectivo (Junho / 2013).

4 - CONCLUSÃO

De acordo com as actividades desenvolvidas nos vários momentos de estágio, no âmbito da prestação de cuidados enfermagem especializados na área da SMP, considero ter desenvolvido competências na vertente da prestação de cuidados nesta área de especialização, como a capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas; identificação de problemas, levantamento das necessidades e na projecção de áreas de intervenção de enfermagem de SMP. Como resultado da interacção com os clientes e técnicos tive oportunidade de desenvolver competências sobre técnicas de comunicação e de técnicas de relação de ajuda de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. Tive ainda, a oportunidade de reflectir sobre a minha prática como enfermeiro e de desenvolver habilidades de trabalho em equipa multidisciplinar e interdisciplinar, adquirindo auto conhecimento e auto consciencialização como pessoa e como profissional, como resultado das vivências, pesquisa e reflexão.

Neste percurso de aprendizagem, penso ter adquirido uma maior sensibilidade na observação de comportamentos desviantes da normalidade, associados aos estados de doença (crise), no contexto da Pedopsiquiatria.

Tive a oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre os diferentes fármacos e a sua relação com o tratamento da doença ou simplesmente no controlo dos sintomas associados à fase de descompensação da mesma.

A realização deste relatório revestiu-se da maior importância, pois possibilitou entender melhor a problemática da promoção da saúde mental a crianças e jovens e o valor que esta estratégia pode ter na saúde dos adultos. Quando desenvolvemos competências em crianças, na área da saúde mental, esperamos que estas, adquiram capacidades de escutar e respeitar a opinião dos outros, tendo como resultado a redução de dificuldades de interagir e/ou de comunicar.

A promoção da saúde mental não procura resultados imediatos e isolados, mas sim resultados duradouros e continuados no tempo.

Reflectir sobre a intervenção do enfermeiro especialista na promoção da saúde mental com a criança/família/professores, permitiu consciencializar de que o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria é uma mais-valia na concretização de práticas de saúde que visam a obtenção de novos ganhos em saúde.

Este estágio permitiu-me, também, desenvolver e melhorar capacidades no âmbito das relações interpessoais, desenvolver algumas competências de intervenção de enfermagem nesta área, perceber a real importância da intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica na doença mental (Crise) desta população e respectiva família, e conhecer as ferramentas farmacológicas, psicoterapêuticas e psico-educativas que temos ao nosso dispor para dar resposta às necessidades de intervenção neste grupo alvo de cuidados.

Pelo que foi referido anteriormente, julgo com este estágio ter atingido os objectivos a que me propus, no início. Os ganhos obtidos no decorrer dos estágios foram, na sua globalidade traduzidos pela melhoria da prática clínica com vista a autonomia e bem-estar da pessoa que necessita de ajuda.

Aproveito este momento final para referir que com a realização deste trabalho, percebi que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria deve ser um elemento activo, dinamizador e facilitador na promoção da saúde mental.

5 - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson Correia de (2011) – ***Transições e Contextos Multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais.*** 2ªed. Coimbra: Formasau, ISBN 978-989-8269-13-3.

ANTONOVSKY, A. (1987). ***Unravelling the mystery of health: how people manage stress and stay well.*** San Francisco: Jossey-Bass.

ANTONOVSKY, A. (1996). ***The salutogenic model as a theory to guide health promotion.*** *Health Promotion International*, 1, pp. 13-17.

BENNER, Patrícia (2001) – ***De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem.*** Coimbra: Quarteto

Blacher, J., & McIntyre, L. (2006). ***Transition from preschool to “Big School”.*** *ResearchReflections*. EP Magazine, 56-58.

BRONFENBRENNER, Urie (2005) – ***Making human beings human: biocological perspectives on human development.*** California: Sage Publications.

Caballo, V. (1987). ***Teoria, Evaluation y entrenamiento de las Competências sociales.*** Valencia: Promolibro.

WHO (1992), ***Children Through Primary Health Care Services: Report on a WHO Meeting, in December 1992.*** Copenhagen: World Health Organization. Regional Office For Europe.

Cordeiro M., Carvalho, C., & Dias, R. (1991). ***Detecção precoce em saúde infantil: Rastreios e detecção oportunista. Manter a criança saudável: Texto de apoio 17.*** Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, Divisão de Saúde Infantil.

José M. C. (2009) ***Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global,*** Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Almeida, Lisboa.

Diário da República, (2011). ***2.ª Série — N.º 35*** — 18 de Fevereiro, Lisboa

Ferra, A. (1992). Anima – ***Pedagogia e animação comunitária*** (Ed.), Associação Comunitária de Saúde Mental.

Gaspar, M (2003), ***o trabalho com pais na prevenção do comportamento anti-social.*** In Alberto et al (Orgs.). *Comportamento Anti-social: escola e Família*: Centro de Psicopedagogia da Universidade de Coimbra

Gaspar, M. F., & Paiva, P. S. (2003). ***Parenting Practices and Children's Socio-Emotional Development: A Study with Portuguese Community Preschool Age Children.*** Retirado de <http://www.incredibleyears.com/Library/items/parenting-practices-lift-portuguese-04.pdf>

Gonçalves, C.M. (2000) ***Desenvolvimento vocacional e promoção de competências*** . Comunicação apresentada no 2º Encontro Internacional de Formação Norte de Portugal/Galiza, Porto 12 a 14 de Outubro 2000. Comunicação publicada em www.psicologia.com.pt/artigos

Goodman, R., Meltzer, H, & Bailey, V. (1998). ***The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version.*** European Child & Adolescent Psychiatry, 7, 125-130.

Hill, C. R., & Hughes, J. N. (2007). ***An Examination of the Convergent and Discriminant Validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire.*** School Psychology Quarterly, 22(3), 380–406

Hops, H., Greenwood, C. (1988). ***Social competence deficits.*** In E. Mash & L. Terdal(Ed.), *Behavior assessment of childhood disorders* (2ª edição). New York: Guilford Press.

Jardim, J., & Pereira, A. (2006). ***Competências Pessoais e Sociais – Guia Prático para a Mudança Positiva.*** Porto: Asa Editores.

Katz, L., & McClellan, D. (1996). ***O papel do professor no desenvolvimento social das crianças.*** In J. Formosinho, L. Katz, D. McClellan, & D. Lino (Eds.), *Educação pré-escolar*(1ª edição). Lisboa: Texto Editora.

Ladd, G. W., Buhs, E. S., & Troop, W. (2002). ***Children's Interpersonal Skills and Relationships in School Settings: Adaptive Significance and Implications for School-Based Prevention and Intervention Programs.***In. P.K. Smith e C.H. H

Matos, M. G. (1997). ***Comunicação e Gestão de Conflitos na Escola.*** Lisboa: Edições FMH.

Matos, M. G., Simões, C. (2003). ***La delinquenza giovanile – aspetti relativi al trattamento. In Pergolizzi, F. (Ed.), Apprendisti adulti – Interventi di prevenzione e terapia con gli adolescenti*** (pp. 235-252). Milão: McGraw – Hill.

Matos, M.G. (2005). ***Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola.*** Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.

McIntyre, T. & Araújo, S. (1999). **Programas de promoção da saúde: Avaliação da eficácia de um programa de saúde psicosexual para adolescentes (PPSA).** A *Avaliação da promoção da saúde psicosexual na adolescência* (pp. 616-631).

MELEIS, Afaf I. et al (2000) - **Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. [em linha]. Ebscohost.** Acedido a 1/06/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=113&sid=19e16384-6060-4a9e-8589-1b3ce1fd8629%40sessionmgr104>.

MELEIS, Afaf I. (2010) – **Transitions Theory. New York: Ebook**, ISBN: 978-0-8261-0535-6. Acedido a 1/06/2012. Disponível em : [http://books.google.com/books?id=TdLhXm5fpx8C&pg=PA76&lpg=PA76&dq=C HICK+%26+MELEIS+\(1986,+p.+239\)&source=bl&ots=7gPoDMRPK_&sig=vBmBfeZev3UGznrMJNI07sNPN4A&hl=ptPT&ei=clcrTN72N8uMOM2f5LID&sa=X&](http://books.google.com/books?id=TdLhXm5fpx8C&pg=PA76&lpg=PA76&dq=C HICK+%26+MELEIS+(1986,+p.+239)&source=bl&ots=7gPoDMRPK_&sig=vBmBfeZev3UGznrMJNI07sNPN4A&hl=ptPT&ei=clcrTN72N8uMOM2f5LID&sa=X&)

Mishara, B.L. & Ystgaard, M. (2006). **Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children: Zippy's Friends.** *Early Childhood Research Quarterly*, 21, 110-123

Mott, S; James, S. & Sperhac, A. (1990). **Nursing care of children and families. Californi.:** Addison-Wesley Nursing.

National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) (2008). **Mothers' and Fathers' Support for Child Autonomy and Early School Achievement.** *Development Psychology*, 44(4), 895-907.

NAVARRO, M. F. (1999). **Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas.** In J. Precioso, et al (orgs.). Educação para a Saúde. Braga: Departamento de Metodologias da Educação, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, pp. 13-28.

OMS (1948). **Official records of the World Health Organization** (2, p. 100). United Nations, World Health Organization, Geneva, Interim Commission.

OMS (2002). **Promoting the Psychosocial Development of Organização Mundial de Saúde.** *Rapport sur la santé dans le monde "Réduire les risques et promouvoir une vie saine"*. Genève: OMS.

Pikunas, J. (1979). **Desenvolvimento Humano**, p. 213-252. São Paulo. McGrawHill do Brasilart (Eds.), Blackwell Handbook of Childhood Social Development.

REAVE, L. (2002),– **The modification of emotional responses. A problem for trust in nurse-patients relationships? Nursing Ethics.** Nº 9: 5 ed., p. 465-471.

Relatório Mundial da Saúde (2001). **Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança.** Ed. Ministério da Saúde, 2001.

Richmond (1979). ***Healthy people: The surgeon general's report on health promotion and disease prevention***. Washington: U. S. Department of Health Education and Welfare.

Rodrigues, M. I (2005). ***Do jardim-de-infância à escola: estudo longitudinal numa coorte de alunos***. Interacções, 1, 7-24. Disponível em: <http://www.eses.pt/interaccoes>

Rutter, M. (1981). ***Stress, coping and development: same issues, the same question***. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22 (4), 323-356.

Rutter, M. (1982). ***Prevention of children's psychosocial disorders: Myth and substance***. *Pediatrics*, 70 (6), 883-894.

Saud, L. F., & Tonelotto, J. M. F. V. (2005). ***Comportamento Social na Escola: Diferenças entre Género e Séries***. *Comportamento Social*. *Psicologia Escolar e Educacional*, 9 (1), 47-57.

Sloutsky, V. (1997). ***Institutional care and development outcomes of 6 and 7 years-old children: A contextualist perspective***. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 131-151.

Speakman, N. J., Herman, K. L., & Vogel, S. A. (1993). ***Risk and resilience in individuals with learning disabilities: a challenge to the field***. *Learning Disabilities: Research & Practice*, 8(1), 59-65.

Spence, S. (1982). ***Social competencies training with young offenders***. In P. Feldman (Ed.), ***Developments In the Study of Criminal Behavior***, (vol.1: The Prevention and Control of Offending). London: Wiley & Sons.

Towmsend, M.C. (2002). ***Enfermagem Psiquiátrica. Conceitos de Cuidados***. 3ªed. Rio Janeiro: Editora Guanabara Koogan

União Europeia (1999). ***Relatório do Programa de Promoção da Saúde Mental da Criança dos 0 aos 6 Anos***. *Recomendações do Programa de Promoção da Saúde Mental da Criança dos 0 aos 6 Anos*

VYGOTSKY, L. S. (1984). ***A Formação Social da Mente***. São Paulo, Martins Fontes.

World Health Organization (2003). ***Creating an environment for emotional and social well-being: an important responsibility of a health-promoting and child friendly school***. Genebra: WHO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005). ***The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalize World***. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

ANEXOS

ANEXO I (Relaxamento de Jacobson)

SESSÃO DE RELAXAMENTO DE JACOBSON

Tempo: 40 Minutos

Objectivo Geral:

- Promover o relaxamento

Objectivos Específicos:

- Melhorar o humor
- Promover a gestão dos sintomas psicóticos
- Melhorar insónia

Passos:

- Apresentar o grupo e o terapeuta
- Explicitar o objectivo da sessão
- Pedir ao grupo para se deitar nos colchões e promover o relaxamento (controlando o tom de voz e musica e efectuando exercícios de relaxamento)
- Ler o guião de exercícios de relaxamento por grupos musculares que se encontra padronizado no serviço.
- Efectuar a avaliação da sessão com o grupo

Técnica de relaxamento muscular progressivo (adaptação da técnica de Jacobson)

Assuma uma posição bem confortável, procure respirar usando só a musculatura abdominal. Feche os olhos suavemente.

Feche a sua mão esquerda como se fosse dar um “soco”, e aperte o máximo possível, procurando ficar atenta para a sensação de tensão e memorizando-a. Agora relaxe, deixe a mão confortavelmente apoiada na superfície em que está.

Respire calmamente e tranquilamente, procurando perceber a diferença entre as duas sensações, a da contracção e a do relaxamento. Repita este movimento.

Agora dobre o pulso esquerdo para cima, elevando a palma da mão, sem movimentar o braço. Sinta a contracção e procure memorizar esta sensação. Relaxe, deixe a mão apoiada na superfície em que está, procurando a diferença entre as duas sensações. Respire calma e tranquilamente, usando somente a musculatura abdominal. Repita.

Dobre o pulso para baixo tentando alcançar com os dedos o braço. Contraia o máximo possível. Sinta a contracção e, em seguida, relaxe comparando as duas sensações.

Respire tranquilamente (Abdominal). Repita.

Dobre o cotovelo. Sinta a contracção nesta musculatura e memorize-a. Agora relaxe, acomode o braço confortavelmente, procure senti-lo como se não conseguisse movimenta-lo. Respire calmamente, use somente a musculatura abdominal. Repita.

Feche a sua mão direita como se fosse dar um “soco”, e aperte o máximo possível, procurando estar atentos à sensação de tensão e memorizando-a. Agora relaxe, deixe a mão confortavelmente apoiada na superfície em que está. Respire calmamente e tranquilamente, procurando perceber a diferença entre as duas sensações, a da contracção e a do relaxamento. Repita este movimento.

Agora dobre o pulso direito para cima, elevando a palma da mão, sem movimentar o braço. Sinta a contracção e procure memorizar esta sensação. Relaxe, deixe a mão apoiada na superfície em que está, procurando comparar as duas sensações. Respire calma e tranquilamente, usando somente a musculatura abdominal. Repita.

Dobre o pulso para baixo tentando alcançar com os dedos o braço. Contraia o máximo possível. Sinta a contracção e, em seguida, relaxe comparando as duas sensações.

Respire tranquilamente. Repita.

Dobre o cotovelo. Sinta a contracção nesta musculatura e memorize-a. Agora relaxe, acomode o braço confortavelmente, procure senti-lo como se não o conseguisse movimentar. Respire calmamente, use somente a musculatura abdominal. Repita.

Agora concentre a sua atenção na sua perna esquerda. Estique o seu pé o máximo possível, levando a ponta do pé o mais distante possível do seu corpo. Sinta a contracção, memorize esta sensação. Agora solte e relaxe. Compare as duas sensações.

Respire tranquilamente, use apenas a musculatura abdominal. Repita.

Dobre o pé, trazendo a ponta do pé em direcção ao seu corpo. Contraia mais e mais, sinta a contracção. Relaxe, compare essas sensações, procure memorizar a diferença entre elas. Respire calma e tranquilamente. Repita.

Eleve um pouco a coxa, a perna e o pé. Contraia essa musculatura para manter elevada, concentre-se na contracção. Agora, relaxe, apoie a coxa, a perna e o pé confortavelmente. Sinta toda a musculatura mais e mais relaxada, dando a impressão que não consegue movimentá-la. Respire pausadamente. Use somente a musculatura abdominal. Repita.

Agora concentre a sua atenção na sua perna direita. Estique o seu pé o máximo possível, levando a ponta do pé o mais distante possível do seu corpo. Sinta a contracção, memorize esta sensação. Agora relaxe. Compare as duas sensações. Respire tranquilamente, use apenas a musculatura abdominal. Repita.

Dobre o pé, trazendo a ponta do pé em direcção ao seu corpo. Contraia mais e mais, sinta a contracção. Relaxe, compare essas sensações, procure memorizar a diferença entre elas. Respire calma e tranquilamente. Repita.

Eleve um pouco a coxa, a perna e o pé direito. Contraia essa musculatura para manter elevada, preste atenção na contracção. Agora, relaxe, apoie a coxa, a perna e o pé confortavelmente. Sinta toda a musculatura mais e mais relaxada, dando a impressão de não a poder movimentar. Respire pausadamente. Use somente a musculatura abdominal. Repita.

Agora, contraia ambos os ombros, elevando-os como se fosse encostá-los na ponta das orelhas. Contraia, mais e mais. Relaxe, deixe os ombros apoiados de maneira confortável, sinta a diferença entre a sensação de contracção e a de relaxamento.

Respira tranquilamente. Repita.

Eleve a cabeça como se fosse alcançar com o queixo o peito. Sinta a contracção, procure memorizar esta sensação. Agora solte, relaxe, deixe a cabeça apoiada de forma confortável. Compare as duas sensações tentando memorizar a diferença entre elas.

Respire pausadamente. Repita.

Contraia os músculos da testa e os olhos e cerre os dentes. Aperte, preste atenção nessa sensação.

Agora, solte, relaxe, sinta o rosto pesado, os olhos fechados suavemente. Memorize as duas sensações. Respire somente com a musculatura abdominal. Repita.

Aperte os dentes. Sinta a tensão, e agora compare com a de relaxamento, soltando o seu rosto mais e mais. Respire calmamente. Repita.

Nos próximos minutos, mantenha o seu corpo todo relaxado, confortavelmente apoiado na superfície em que está, respirando tranquilamente, use apenas a musculatura abdominal, deixando o ar entrar e sair suavemente Agora espreguice-se e abra os olhos.

Avaliação:

É uma actividade onde os objectivos são facilmente atingidos e em geral o grupo fica bastante agradado. Nos utentes com delírio é o mais indicado pois concentram-se na voz do terapeuta e nas indicações a efectuar abstraindo-se dos “pensamentos”.

A avaliação fez-se pela satisfação dos clientes, onde todos demonstraram ter gostado muito. Outro aspecto explorado, foi a partilha de experiências, onde os clientes transmitiram o que sentiram e partilharam com os outros as suas emoções.

ANEXO II (Estudo de Caso)

ESTUDO DE CASO

Identificação: P.O (Sexo feminino); 14 anos. Vive perto de Lisboa – Quinta do Conde

Motivo do internamento: Quadro ansioso e humor depressivo desde Março (2012)

Sintomas:

- Vómitos
- Taquicardia
- Lipotímia

Todo este quadro sintomático é reflexo

Contexto família: - Conhece o pai com 08 anos, Mãe escondeu a filha do pai até aos 08 anos;
- Mãe com história de episódios depressivos
- Pai, actualmente, casado com outra mulher e tem dois filhos da actual mulher;
- A mãe refere que a madrasta mal trata a P.O
- A P.O não visita o pai desde 2009

Medicada com:

- lorazepan (1 comp. **SOS** 3xdia)
- sertralina (50mg – 09h00 PA)
- Olanzapina (5mg – Jantar – 19h00)
- Gabapentina (300mg PA/Alm/Jant)

Estratégias Terapêuticas:

- Conseguir que a P.O expresse os medos e receios em relação aos pais
- Identificar os factores de stress (ex. não conseguir entrar nos autocarros)
- Nas actividades confronta-la com a realidade (ex. Teatro – Mudança de papeis)

Objectivos do internamento:

- Que a P.O. reconheça os seus problemas e desenvolva estratégias para se ajustar à sua realidade
- A P.O deve conseguir perceber que tem uma mãe; um pai e uma madrasta – todos ocupam um lugar próprio na sua vida.

PSICOPATOLOGIA E ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

Os adolescentes podem expressar as suas emoções com comportamentos agressivos ou atitudes de se expor a situações de risco, uso de drogas e confrontos com figuras das autoridades (Pais).

É essencial que se mobilize esforços para estabelecer uma relação de confiança com o adolescente, permitindo a expressão de sentimentos e emoções para se poder planear estratégias terapêuticas que vão de encontro às necessidades apresentadas.

Com a P.O. foi estabelecida uma relação de confiança e de ajuda pelas conversas formais e informais que foram acontecendo no serviço.

Segundo Frankel citado por Chalifour (2008), a relação de ajuda é essencial no processo terapêutico e para conseguir estabelecê-la o enfermeiro deve ter um conhecimento de si mesmo, deve desenvolver competências interpessoais e de comunicação que traduzam uma prática concreta e articulada capaz de promover a mudança relativamente à gestão de problemas ou à elaboração de estratégias junto do adolescente e família que favoreçam o reequilíbrio biopsicossocial dos mesmos.

Segundo Chalifour (2008), a relação de ajuda tem como finalidade:

- Favorecer a presença de um contacto físico (pelos sentidos) e de um contacto afectivo;
- Assegurar que o cliente se sente compreendido e entendido;
- Assegurar que o serviço oferecido é personalizado e responde às expectativas do cliente;
- Estabelecer um clima de confiança, de calor e de respeito;
- Favorecer uma participação optimizada do cliente;
- Fazer desta experiência relacional uma ocasião de aprendizagem e desenvolvimento para o cliente;
- Utilizar de um modo adaptado a experiência relacional por forma que esta contribua para os efeitos terapêuticos pretendidos;
- Em certas situações servir de meio privilegiado, para melhor compreender relações traumáticas passadas ou mesmo, para as “reparar”.

Bahls e Bahls (2002), referem que no tratamento da depressão do adolescente, os objectivos principais são a remissão dos sintomas, restabelecer o pleno funcionamento do (a) jovem e prevenir o reaparecimento da psicopatologia. Para tal

é fundamental o envolvimento no plano terapêutico a família do (a) jovem, assim como o meio, particularmente o meio escolar. Segundo os mesmos autores, as principais abordagens terapêuticas para o tratamento da depressão no adolescente são as psicofarmacológicas e as psicossociais, especificamente as intervenções psicoterapêuticas.

Relativamente à intervenção psicofarmacológica, existem fármacos com efeito anti depressivo que poderão ser combinados de forma adequada, de acordo com as necessidades do cliente e com a evolução do quadro clínico. O enfermeiro, particularmente, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, tem o papel de monitorizar a terapêutica instituída, esclarecer dúvidas relativas à importância do cumprimento do regime medicamentoso, possíveis efeitos colaterais e essencialmente encorajar e motivar o (a) jovem para não abandonar precocemente o tratamento farmacológico alertando-o para as consequências.

As psicoterapias são, de uma forma geral, indicadas na depressão infanto-juvenil, tanto nos casos de intensidade da sintomatologia leve a moderada, como a associação de psicoterapias e fármacos, nos casos mais graves. As psicoterapias mais utilizadas são a cognitivo-comportamentais, a de orientação psicodinâmica, que podem ser em formato individual, grupal e/ou familiar.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria ao intervir em adolescentes deverá ter como princípio básico a relação de ajuda centrando a sua intervenção na promoção da saúde, no tratamento e na readaptação social.

INTERVENÇÃO

Com a mudança de valores e a própria globalização, começam a surgir diferenças de conceitos sobre a adolescência, porém, cada vez mais universais se tivermos em consideração as diferenças culturais das raças e etnias.

É nesta fase que o (a) jovem toma consciência das alterações corporais, gerando-se ciclos de desorganização e de reorganização psíquica, que diferem no género e de indivíduo para indivíduo, mas com idêntica crise de identidade.

Este período caracteriza-se pelo desenvolvimento fisiológico rápido, acompanhado pelo desenvolvimento e maturação progressiva dos processos psíquicos.

Como abordagens terapêuticas para esta jovem/adolescente foi criado espaços onde foi possível ouvir, os seus receios em relação à família. Nestes espaços,

criados por minha iniciativa, em coordenação com o enfermeiro orientador, ou, como aconteceu numa fase posterior a pedido da cliente, foi possível centrar a cliente no meio familiar e de alguma forma, a aceitação que o pai tem outra família, que era um foco de sofrimento para a P.O. Posteriormente foi possível juntar no mesmo espaço a mãe e a P.O, que inicialmente parecia uma tarefa difícil, que no final da conversa, ambas consideraram bastante importante, porque com a ajuda do enfermeiro puderam dizer, uma à outra coisas que não conseguiam de outra forma e assim, ultrapassar processos de culpabilização mútuos.

O ser humano na adolescência, sofre transformações radicais, perante si próprio e perante os outros. O adolescente precisa de “Instrumentos” para lidar com uma realidade anterior conhecida e com uma expectativa do dever adulto numa sociedade com um ritmo que parece ultrapassável a si própria.

As constantes mutações sócio-culturais e o volume crescente de adolescentes em crise de identificação e em sofrimento mental impõem a necessidade de criar organizações psicossocioterapêuticas que possam responder de forma adequada à solicitação que implícita ou explicitamente esses jovens dirigem, à sociedade em que se integram, com intuito do reencontro com eles próprios através do processo de individuação e formação da própria identidade, bem como, da determinação do seu papel através da consolidação da consciência social.

Através da pesquisa bibliográfica efectuada constatou-se que a depressão na adolescência é uma realidade e que a intervenção terapêutica de carácter multidisciplinar é fundamental para o sucesso do tratamento e para a prevenção de novos episódios.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, devido às competências, constitui por si só um instrumento fundamental na promoção da saúde mental dos jovens adolescentes com quadros depressivos. A relação terapêutica desenvolvida com a P.O foi de carácter holístico e pró-ativo, de modo a capacitar a cliente para desenvolver o seu projecto de vida de forma a atingir uma fase adulta equilibrada e adaptada às exigências pessoais, profissionais, familiares e sociais.

BIBLIOGRAFIA

Ballone, G. Depressão na Adolescência.(2001). Psiqweb. Psiquiatria Geral. [on line].[consulta: 1 Março 2009]. Disponível na World Wide Web: <http://sites.vol.com.br/gballone/infantil/adoelelesc2.html>

BAHLS, C e BAHLS, F. Psicoterapias da depressão na infância e na adolescência.(2003) [online]. [consultado em: 16 Maio 2009], Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php>

Ballone, G. Depressão: causas. [on line]. 2005. [consulta: 3 Março 2009]. Disponível na World Wide Web: <http://www.psiqweb.med.br>

Ballone,G. Abordagens Psicoterapêuticas no tratamento da depressão. [consulta: 3 Março 2009].Disponível na World Wide Web: <http://www.psiqweb.med.br>

BARBIER, J. (1993). Elaboração de Projectos de Acção e Planificação.Porto: Porto Editora

Brand, J. (1998). Direcção e Gestão de Projectos. 2ªed. Lisboa: Lidel.

Carvalho, R.(2001). Arte-Terapia. URL: <http://www.arte-terapia.com/pt/a-spat/oque-e-arte-terapia>

Chalifour, J. (2008). A Intervenção Terapêutica – os fundamentos existencial humanista da relação de ajuda. Loures. Editora lusodidacta.

Cordeiro, J.(2005). Manual da Psiquiatria clínica. 3ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Ferreira, M; Nelas, P. Adolescências...Adolescentes...educação, ciência e tecnologia. 2003. [consulta: 3 Março 2009]. Disponível na World Wide Web: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/11.pdf>

Fonseca, A. (2004). A psicologia e a psicopatologia da infância e da adolescência. 2ª ed. Porto Gonçalves, M. A mãe-menina. 2002. Nursing, 172, p.10-15.

Matos, A. (2002). ADOLESCÊNCIA. Lisboa: climepsi

Marcelli, D. (2002) Os estados depressivos na adolescência. Lisboa: climepsi

Moil, J. Depressão na Adolescência. 2006. [on line]. [consulta: 26 Fevereiro 2009]. Disponível na World Wide Web: <http://www.josemo1.com.br>

Paulon, W. A adolescência e a Depressão. 2007.[on line].[consulta: 1 Março 2009]. Disponível na World Wide Web: <http://www.artigosbrasil.net>

Phaneuf, M.(2005).Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.Loures: Lusociência

Stuart, G; Laraia, M. (2002). Enfermagem Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores. ISBN 85-87148-62-1

Shestatsky, S; Fleck, M. Psicoterapia das depressões.1999. [on line]. [consulta: 6 Março 2009]. Disponível <http://www.scielo.br>

ANEXO III (Relaxamento por Imaginação Guiada)

Relaxamento por Imaginação Guiada

Tempo: 40 Min.

Objectivos Gerais:

- Promover o relaxamento e sensação de Bem-estar

Objectivos Específicos:

- Melhorar o humor
- Melhorar a Insónia
- Diminuir a ansiedade

Passos:

- Apresentar o grupo
- Explicitar o objectivo da sessão
- Pedir ao grupo para se deitar nos colchões e promover o relaxamento (controlando o tom de voz e musica e efectuando exercícios de relaxamento)
- Ler o guião de texto sobre a praia.
- Efectuar a avaliação da sessão com o grupo

Avaliação:

Promove o relaxamento e sensação de bem-estar (Observação Directa) e pequena conversa sobre o que sentiram, se gostaram e conseguiram adormecer.

TEXTO:

Sessão de relaxamento por imaginação dirigida (Tema: PRAIA)

Peço que respirem suavemente, de forma regular e profunda. Fechem os olhos suavemente.

Imaginem que estão a caminhar numa praia, o mar está calmo, o sol está brilhante com uma luz e um calor agradável, relaxante...começam a sentir-se cansados e resolvem deitar-se na areia e descansar um pouco.

De olhos fechados e com o sol a aquecer-vos o rosto sentem-se tranquilos...extremamente relaxados...

Começam a sentir o corpo pesado, as pernas estão tão pesadas que mesmo que tentem levantá-las não seriam capazes...os vossos braços estão pesados, tão pesados que não são capazes de levanta-los do chão. Sente-se presos ao chão, muito cansados.....o mar calmamente vai chegando até vocês. Molhando delicadamente os pés, depois as pernas, o tronco e finalmente os braços...até que a água sobe tanto que começam a boiar à superfície daquele mar calmo, e levado pela suave corrente o vosso corpo deixa de ter peso, aquele peso que o fazia estar colado ao chão...

A boiar naquela imensidão azul ...com o sol a aquecer-vos. O dia vai chegando ao fim e anoitece. Agora é a luz da lua que ilumina o vosso rosto...neste momento o único ruído que ouvem é o ondular suave do mar e ao longe o som despreocupado dos golfinhos que mergulham alegremente. A vossa respiração é suave e calma e o vosso corpo é leve como uma pena flutuando à superfície do mar calmo...o tempo passa e a corrente vai arrastando o vosso corpo lentamente...de volta à praia...já se sentem os primeiros raios de sol a aquecerem delicadamente o vosso corpo, está a amanhecer...

O mar leva-os devagarinho até à praia e deixa-os sobre a areia fina à beira-mar...continuam de olhos fechados... procurem respirar suavemente, de forma regular e profunda... ..

Abram os olhos ... suavemente ...comecem a despertar...

ANEXO IV (Caixa das Emoções)

CAIXA DAS EMOÇÕES

Os 3A's Mágicos da vida

PARTICIPANTES: Alunos da turma B, da Escola EB1 José Salvado Sampaio (Benfica)

Recursos/ material:

- Caixa
- Folhas de papel (18)
- Canetas (18)

Objectivos:

- Ensinar estratégias para os alunos melhor exprimirem as suas emoções e gerirem o stress/ ansiedade
- Promover a reflexão sobre os valores nas relações interpessoais

Execução:

Introdução:

- Explicação da dinâmica
- Explicação dos objectivos

Desenvolvimento

Inicialmente é entregue a cada aluno uma folha na qual devem fazer um desenho que transmita aquilo que estão a sentir naquele momento, associado a um espaço da vida deles (Casa; escola; outros).

Seguidamente, é efectuado um exercício de reflexão “De manhã, quando acordo, qual é a primeira pessoa a quem eu digo bom dia”? Aqui, explica-se aos alunos que a primeira pessoa a quem devemos dizer bom dia é a nós próprios. Explica-se que, logo que acordamos, devemos esticar os braços, espreguiçar, dar um abraço a nós próprios e dizer “Bom dia, que o teu dia corra muito bem”.

De seguida, explica-se o que são os 3A's "Nós somos os três AAA'S".

O primeiro A é de **ar**. Quando o bebé nasce e lhe cortam o cordão umbilical, ele usa pela primeira vez o pulmão e respira. Este é um dos órgãos mais importantes do nosso corpo. Ensina-se as crianças a utilizarem a respiração abdominal e a exercitarem. Esta é uma técnica que eles podem utilizar, até na sala de aula quando estão mais cansados e ansiosos, pois é uma técnica silenciosa e que não incomoda ninguém e que ajuda a diminuir a ansiedade e a estar mais concentrado.

O segundo A é de **água**. Na barriga da nossa mãe, estamos no meio de água (líquido amniótico). Quando tomamos banho sentimo-nos mais relaxados. O nosso corpo é constituído por cerca de 75% de água, logo é um elemento fundamental na nossa vida. Devemos colocar a água na boca, mantê-la alguns segundos e só depois deglutir. Esta técnica ajuda a relaxar, o corpo sente-se melhor. Exercita-se esta técnica explicando a importância de bebermos água.

O terceiro A é o de **amor**. O ser humano é um ser que comunica por gestos, por ruído, por palavras. O ser humano é um ser que tem necessidade de comunicar mas é importante que essa comunicação seja feita de forma positiva. Uma das maiores dificuldades do ser humano é comunicar com os outros de forma positiva. O amor é uma das formas de nós comunicarmos e que é essencial para a nossa vida. Foi pedido aos alunos para fazerem um exercício reflexivo "Quando foi a última vez que abraçaste uma pessoa significativa para ti?" Cada um responde para si próprio, sem verbalizar. Foi explicado que muitas vezes um abraço pode ser muito mais importante do que falar. Uma forma de transmitir o abraço sem tocar na pessoa é através do olhar.

Avaliação:

Junta-se todas as folhas (desenhos) e falamos do significado dos desenhos "o que eles transmitem" tentando identificar problemas relacionais, e em grupo tentar apontar resoluções para os problemas identificados para que as crianças estabeleçam relações de qualidade nos seus espaços de relacionamento (Casa; escola; outros).

No final desta actividade a folha foi dobrada e colocada dentro da “caixa das Emoções”. O objectivo é a professora dar continuidade a este projecto. Os alunos podem desenhar ou escrever numa folha, quando não se sentirem bem, o que estão a sentir naquele momento e colocam a folha dentro da caixa. O professor combina um dia em que abrem a caixa e discutem os diversos temas e sentimentos apresentados.

Considerações finais:

A abordagem da temática das emoções nas crianças é muito importante. Esta actividade permite que, de uma forma simples, que tenham consciência de alguns comportamentos que podem adoptar quando se sentirem mais ansiosos, nervosos, ou mesmo cansados.

Além disso, a caixa das Emoções permite que as crianças possam expressar sentimentos e estados de espírito, que de outra forma, talvez não tivessem coragem para fazê-lo. Posteriormente o professor pode discutir esses temas e até identificar algumas situações mais problemáticas.

ANEXO V (Balões da Amizade)

BALÕES DA AMIZADE

PARTICIPANTES: Alunos da turma B, da Escola EB1 José Salvado Sampaio (Benfica) (17 alunos)

Recursos/ material:

- 17 Balões
- As sete letras da palavra amizade – Previamente cortadas

Objectivos:

- Promover a expressão de sentimentos e emoções
- Fortalecer sentido de pertença ao grupo
- Aumentar a auto-estima
- Promover controlo da impulsividade
- Promover a reflexão sobre o valor da amizade nas relações interpessoais

Execução:

Introdução:

- Descrever a actividade

Desenvolvimento

Inicialmente é entregue a cada aluno um balão previamente cheio com ar entre os quais sete tem uma letra (Palavra amizade) que as crianças não sabem.

Seguidamente, brincamos todos cerca de dez minutos com os balões atirando-os ao ar e jogando uns com os outros.

Depois rebentamos todos os BALÕES e as crianças reparam que alguns balões têm letras dentro. Recolhemos as letras, formamos um círculo e tentamos formar uma palavra até acertarmos com a palavra AMIZADE.

Depois pedir a cada um para dizer o que é para ele (a) a amizade e descrever os seus amigos.

Avaliação:

Todas as crianças se mostraram muito envolvidas nesta actividade e todas descreveram o significado de amizade e a importância de ter amigos (as).

A avaliação final foi realizada com as crianças perguntando-lhes se acharam importante falarmos deste assunto e se aprenderam alguma coisa nesta actividade.

Todos responderam que gostaram muito e a maioria diz ter aprendido alguma coisa importante para a sua relação com os outros.

Considerações finais:

A abordagem da temática da amizade parece-nos muito importante, já que é um valor fundamental na qualidade das relações que estabelecemos com os outros.

Permitir às crianças que se expressem de uma forma aberta e no grupo onde estão a iniciar relações de Amizade, pensamos que é um contributo que pode ajudar a construir melhores relações e com isso melhor saúde mental.

ANEXO VI (Pedido de Autorização ao Director Executivo do
Agrupamento de escolas Quinta de Marrocos)

Exmo. Sr. Director Executivo do agrupamento de escolas Quinta de Marrocos,
Dr. João Martinho.

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de estágio integrado no 3º curso de Mestrado em ciências de Enfermagem na área de especialização de saúde mental e psiquiátrica.

Eu, Paulo Manuel dos Santos Estragadinho, portador do bilhete de identidade Nº 8571561, emitido em 21 de Março de 2006, pelo arquivo de identificação de Lisboa, membro da ordem dos Enfermeiros nº 5 – E – 19789, aluno do 3º curso de mestrado em enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), a exercer funções no centro de saúde de Benfica (ACES Lisboa Norte). No âmbito do projecto de estágio com o Tema “Promoção da Saúde Mental a crianças do 1º ano 1º ciclo”, vem por este meio solicitar a V.Exa a realização de actividades, com os alunos da vossa escola do 1º ano, 1º ciclo, na área da promoção da saúde mental.

Para a realização das referidas actividades será necessário a colaboração dos professores, assim como alguns tempos lectivos, segundo cronograma em anexo.

Mais informo, que serão pedidos aos pais ou representantes legais dos menores as respectivas autorizações para a realização das já referidas actividades.

Desta forma solícito, que me seja concedido a respectiva autorização para o desenvolvimento do referido estágio na vossa instituição, o que desde já agradeço.

Lisboa, 14 de Agosto 2012

Atenciosamente, peço deferimento

Paulo Manuel dos Santos Estragadinho

ANEXO VII (Pedido de consentimento de participação)

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, Paulo Manuel dos Santos Estragadinho, Enfermeiro do centro de saúde de Benfica e actualmente a frequentar o 3º curso de mestrado, na área de especialização em Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, proponho-me, no âmbito dos objectivos definidos, desenvolver competências pessoais e sociais no 1.º Ciclo do Ensino Básico, e assim contribuir para que as crianças construam o “Eu em relação”, através de um melhor conhecimento do processo de socialização e da compreensão e da valorização das relações interpessoais.

A finalidade deste trabalho com as crianças, é desenvolver um conjunto de competências que permitam às crianças relacionar-se melhor com os seus pares e restante comunidade educativa.

Para tal, solicitamos que autorize a realização das sessões educativas com o seu educando.

Todas as actividades decorrerão no ano lectivo de 2012/2013.

Por favor, preencha, recorte pelo tracejado e devolva ao (à) professor(a) do seu educando.

Encarregado de educação : _____ do
aluno/a _____.

☐ Autorizo

☐ Não autorizo a realização do presente estudo

Assinatura do Encarregado de Educação

Data